Nr. 41. 11 października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Włodzimierz FILIŃSKI, st. asyst. Warszawa.

Badania nad zachowaniem się włóknikorodnej substancji w chorobach wątroby.

(Przyczynek do t. zw. krwawień cholemicznych).

Z II-ej Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warsz. (Dyrektor: prof. A. Gluziński).

Badania włóknikorodnej substancji osocza w schorzeniach wątroby podjąłem w celu wyświetlenia jej stosunku do t. zw. krwawień cholemicznych, które zajmują nieraz poważne miejsce wśród objawów chorobowych. Na skłonność do krwawień w chorobach wątroby zwracano uwagę już w czasach Hipokratesa i Galena, a nie przestają mówić o tem do obecnej chwili. Szczególną obawę wzbudzają krwawienia cholemiczne przy zabiegach operacyjnych. Nadmienić jeszcze trzeba, że często mamy do czynienia tylko z usposobieniem krwotocznem, nie przejawiającem się na zewnątrz, a skutki jego występują dopiero po operacji w postaci silnych zewnętrznych lub wewnętrznych krwotoków. Mayo, omawiając sprawę krwawień cholemicznych, powołuje się na statystykę Bella i Waltera, którzy u zmarłych po operacji w żółtaczce, w 53% przypadków znajdowali w jamie otrzewnej krew w ilości wystarczającej do spowodowania śmierci. Powód do tej utraty krwi dawały zawsze krwawienia z naczyń włosowatych, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym zsunęła się podwiązka z tętnicy pęcherzykowej.

Przyczyny krwawień cholemicznych dopatrywano się przedewszystkiem w osłabieniu krzepliwości krwi, które ma być nieraz bardzo znaczne. Eppinger wspomina o przypadku zaniku wątroby, w którym krew, pobrana przed śmiercią, pozostała w cylindrze nieskrzepniętą aż do następnego dnia. Nolf i inni, podają o utracie zdolności krzepnięcia krwi, u zwierząt po zatruciu fosforem, lub po wycięciu wątroby.

Osłabienie krzepliwości krwi, może nastąpić z wielu powodów. Niewyjaśnione jest jeszcze, który z nich, i czy jeden tylko, odgrywa rolę czynnika zmniejszającego własności krzepnięcia krwi w chorobach wątroby. Co do tego, zdania autorów są podzielone.

Sądzono więc przedewszystkiem, że krzepliwość krwi, zmniejsza się wskutek wessania żółci. Al. Schmidt przypisuje to przechodzącym do krwi solom kwasów żółciowych. Morawitz i Bierich sprawdzali działanie żółci *in vitro;* okazuje się, że można w ten sposób zapobiec krzepnięciu krwi, ale nasycenie żółcianów powinno wynosić $^1/_2$—1%. Powiadają oni jednak, że w stanach chorobowych u człowieka zawartość żółcianów we krwi nie dochodzi prawie nigdy do takiej koncentracji, to też mają one nie odgrywać decydującej roli w krwawieniach cholemicznych. Morawitz i Bierich czynią natomiast osłabioną krzepliwość krwi cholemicznej zależną od braku fibrynfermentu czyli trombiny. Trombina znajduje się we krwi w stanie nieczynnym, jako trombogen, który dopiero pod wpływem trombokinazy w obecności soli wapniowych zamienia włóknikorodną substancję (fibrynogen) na włóknik. Mayo i Wirth dopatrują się przyczyny krwawień cholemicznych przedewszystkiem w braku soli wapniowych; prawidłowa krzepliwość krwi w chorobach wątroby może być przywrócona przez dożylne podawanie chlorku wapniowego.

Najwięcej bodaj mówi się jednak o zmniejszeniu się we krwi chorych z cierpieniami wątroby samej włóknikorodnej substancji; brak materjału do wytworzenia skrzepu miałby więc być przyczyną długotrwałego krwawienia. Doyon uważa wątrobę za główne miejsce wytworzenia substancji włóknikorodnej. Zgodnie z tem przypuszczeniem znajduje on zmniejszenie fibrynogenu we krwi po wycięciu wątroby i po wszelkich jej uszkodzeniach, jako to po zatruciu fosforem, chloroformem, pod wpływem działania *seri hepatotoxici.* Nolf również stwierdza zmniejszenie się zawartości fibrynogenu w związku z uszkodzeniem wątroby, nie uważa on jednak wątroby za narząd dostarczający włóknikorodnej substancji. Th. Müller wytwarzanie fibrynogenu przypisuje szpikowi kostnemu, a Dastre i Mathews — jelitom. Wypadnięcie czynności wątroby prowadzi według Nolfa do wzmożonego rozpadu włóknikorodnej substancji dzięki fibrynolitycznym zaczynom, pochodzącym z śródbłonka i ciałek białych krwi; wątroba ma bowiem zadanie zapobiegać tej fibrynolizie.

Wyniki badań klinicznych nad zawartością fibrynogenu we krwi chorych na wątrobę nie doprowadziły do uzgodnienia zdań. Isaac-Krieger i Anna Hiege, Levi-Crailsheim i Kisch podają, że ilość fibrynogenu zmniejsza się w chorobach wątroby, połączonych z zajęciem miąższu, lecz znów zaprzeczają temu Schultz i Scheffer. W badaniach Kischa, zwraca na siebie uwagę to, że w niektórych przypadkach schorzeń wątroby znajduje się nawet zwiększona ilość fibrynogenu. Chcąc wytłumaczyć to zjawisko; autor ucieka się do przypuszczenia wzmożonej czynności nieuszkodzonych części narządu.

W własnych badaniach, poza fibrynogenem, interesowałem się jeszcze zachowaniem się trombiny. Oznaczanie jej chciałem przeprowadzić sposobem rozcieńczenia według Wohlgemutha; muszę jednak powiedzieć, że sposób ten jest kłopotliwy, a wyniki są zbyt jednobrzmiące w różnych przypadkach, aby można było uważać je za pewne. Z drugiej strony do sposobu tego jest potrzebne osocze psa, które z biegiem czasu zmienia swoje własności, nawet po przechowywaniu w lodowni, i przez to prowadzi do pomyłek. Poprzestałem więc na sposobie Stephana, który coprawda daje pojęcie nietylko o zawartości trombiny, ale o całości wszystkich czynników przyśpieszających krzepnięcie krwi. Określa się więc najpierw czas krzepnięcia prawidłowej krwi, dając jej 20 kropel między ściśnięte szkiełka zegarkowe; wynosi on zwykle od 10—20 minut. W drugiej parze szkiełek oznacza się czas krzepnięcia tejże krwi z dodaniem 0.05 cm sz. surowicy badanej; dzięki zawartości trombiny, surowica ta przyśpiesza utworzenie się skrzepu. Stosunek czasu krzepnięcia krwi w pierwszej parze szkiełek do takiegoż czasu — w drugiej, będzie wskaźnikiem czynników przyśpieszających krzepnięcie (Cz. Prz. Krz.; norma = 1.4—1.8), który da nam pośrednie pojęcie o ilości trombiny.

Fibrynogen określałem jako różnicę między ilością białka w osoczu i w surowicy, oznaczoną refraktometrycznie. Aby otrzymać osocze trzeba do krwi dodać hirudyny, ażeby zapobiec krzepnięciu; dodanie bowiem cytrynianu czy też innych soli lub salwarsanu wpływa na zmianę refrakcji. Brak hirudyny na rynku, zmusza do tego, aby się bez niej obejść. Leenderzt i Gromelski, dodają do krwi odpowiednią ilość cytrynianu sodowego i chlorku wapniowego i otrzymują osocze, które krzepnie dopiero po pewnym czasie; mają oni wtedy czas obejrzeć w refraktometrze najpierw osocze, a później po skrzepnięciu oddzieloną od niego surowicę. Ominąłem tę trudność nie dodając do krwi żadnych soli, a przystawiając choremu do ręki pijawkę. Z ranki po jej usunięciu wycieka krew, która długi czas nie krzepnie, którą można wirować i oddzielone osocze obejrzeć w refraktometrze; potrzebna zaś do tego ilość osocza jest, jak wiemy tak nieznaczna, że wystarcza zebranie kilkunastu kropel krwi. Z nacięcia skóry na palcu pobierałem znów krew, aby po odwłóknieniu otrzymać do tego samego celu surowicę.

Wyniki badań zebrane są w następującej tablicy. Wskaźniki refraktometryczne są nieobliczone, bo one nas nie interesują; podaję tylko podziałki skali refraktometru, które według tablicy przeliczyłem na ilość białka.

	ROZPOZNANIE	Krzepliwość krwi	Cz. Prz. Krz.	Podziałki skali refraktometru		% białka		Włóknikorodna substancja	Uwagi
				Os.	Sur.	Os.	Sur.		
1	Icterus catarrhalis	18	2.0	54.2	52.6	7.04	6.68	0.36	
2	Icterus catarrhalis	20	1.4	55.0	54.0	7.20	6.98	0.22	
3	Icterus mechanicus ex cholelith.	9	2.2	62.5	59.4	8.72	8.14	0.58	
4	Icterus mechanicus ex cholelith.	17	1.3	58.3	56.9	7.92	7.62	0.30	
5	Icterus mechanicus ex cholelith.	19	2.0	62.1	60.5	8.73	8.39	0.34	
6	Icterus mechanicus ex cholelith.	12	2.1	59.6	55.5	8.19	7.31	0.88	
7	Icterus mechanicus ex cholelith.	20	1.4	57.0	55.7	7.63	7.35	0.28	
8	Icterus mechanicus ex cholelith.	18	1.3	61.3	59.7	8.53	8.21	0.32	
9	Icterus mechanicus ex cholelith.	13	1.8	59.6	57.6	8.19	7.76	0.43	
10	Icterus mechanicus ex cholelith.	25	1.2	57.1	55.3	7.65	7.27	0.38	krwawienia
11	Icterus mechanicus ex cholelith.	30	1.2	54.5	54.0	7.09	6.98	0.11	
12	Icterus mechanicus ex cholelith.	19	1.6	54.8	53 7	7.16	6.94	0.22	
13	Icterus mechanicus ex cholelith.	31	1.2	50.9	50.5	6.32	6.23	0.09	krwawienia
14	Icterus ex carcin. vesic. fell.	19	1.8	57.9	55.5	7.83	7.31	0.52	
15	Icterus ex carcin. vesic. fell.	20	1 6	53.7	53.0	6.92	6.77	0.15	
16	Icterus ex carcin. pancreatis	27	1.3	65.5	61.3	9.46	8.45	1 10	
17	Icterus ex carcin. pancreatis	14	1.9	65.0	62.1	9.35	8.73	0.62	
18	Icterus ex hepatit. luet.	18	1.9	60.5	58.4	8.59	7.93	0.47	
19	Hepatitis luetica (Subicterus)	19	1.7	58.3	56.7	7.91	7.59	0.32	
20	Cirrhosis atr. (Subicterus)	16	1.5	55.5	54.1	7.31	7.00	0.31	
21	» » (Subicterus)	25	1.2	—	—	—	—	0.24	*)
22	» » (Subicterus)	27	1.2	—	—	—	—	0.16	*) krwawienia
23	Cirrhosis card. (Subicterus)	15	1.9	54.6	53.4	7.11	6.85	0.26	
24	Hepar venost. (Subicterus)	17	1.7	56.4	54.9	7.50	7.18	0.32	

*) W tych dwóch przypadkach włóknik oznaczono wagowo.

Przeglądając tę tablicę widzimy zmniejszenie się zawartości fibrynogenu w porównaniu z ilością prawidłową, wynoszącą w obrębie szerokich wahań około 0.2%, zaledwie w czterech przypadkach. W dwóch z pośród nich niedostatek fibrynogenu idzie w parze z obecnością krwawień. Poza tem w wielu innych przypadkach widzimy nawet znaczne nieraz zwiększenie włóknikorodnej substancji we krwi, pomimo silnej długotrwałej żółtaczki, naprzykład w raku trzustki, zamykającym wspólny przewód żółciowy, lub w kamicy powodującej jego niedrożność. Nie można zatem powiedzieć, aby zawartość fibrynogenu we krwi była w jakimś ścisłym związku ze stopniem żółtaczki czy też z niedomogą wątroby, jakkolwiek w niektórych przypadkach ilość jego jest rzeczywiście zmniejszona. Częściej o wiele spotykamy w schorzeniach wątroby zmniejszenie krzepliwości krwi, idące do pewnego stopnia równobieżnie z osłabieniem czynników przyśpieszających krzepnięcie, wśród których trzeba mieć na względzie przedewszystkiem trombinę. Kwasy żółciowe chociaż nie dochodzą do tej koncentracji, aby same przez się powodowały niekrzepnięcie krwi, to jednak obok innych czynników, mogą temu sprzyjać. W każdym razie zmniejszenie krzepliwości krwi, choćby ono było niezależne od braku fibrynogenu, nie jest także współmierne z ciężkością uszkodzenia wątroby.

Wydaje się, że krwawień w chorobach wątroby nie można uzależniać tylko od zmian w krzepliwości krwi, ale jeszcze od kruchości naczyń krwionośnych; świadczy o tem poniekąd skłonność do wybroczyn podskórnych, po wszelkich drobnych urazach. Stan naczyń wytłumaczy nam to, że krwawienia nie towarzyszą przecież wcale wszystkim przypadkom znacznej niedomogi wątroby. Schorzenie jej prowadzić może do nadwyrężenia ścian naczyniowych, szczególniej wtedy, kiedy spotka się ono z ich wrodzoną lub nabytą słabością. O znaczeniu kruchości naczyń dla powstawania krwawień cholemicznych mówili już Castaigne i Chiray, Toelg i Neusser oraz Blumenau.

Piśmiennictwo:

1) Blumenau E. Arch. f. Verd. 1920, Bd. XVII, S. 1. — 2) Castaigne J. et Chiray M. Maladies du foie, Paris 1910. — 3) Isaac-Krieger K. u. Hiege A. Klin. Woch. 1923, Jg. II, S. 1067. — 4) Kisch F. Kl. Woch. 1923, Jg. II, 1452. — 5) Lenderzt G. u. Gromelski G. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.

1922, Bd. 94, S. 114. — 6) Lewi-Crailsheim P. Ztschr. f. exp. Med. 1923, Bd. 32, S. 468. — 7) Mayo W. Surg., Gynec. and Obst. november 1921. — 8) Morawitz P. u. Bierich R. Arch. f. exp. Path. 1907, Bd. 56, S. 115. — 9) Scheffer W. Kl. Woch. 1923, Jg. II, S. 1456. — 10) Schulz W. u. Scheffer W. Berl. kl. Woch. 1921, Jg. 58, S. 789. — 11) Stephan R. Münch. med. Woch. 1920, Jg. 67, S. 309. — 12) Toelg J. u. Neusser E. Z. f. kl. Med, 1884, Bd. VII, S. 321.

Doc. Dr. Tadeusz TEMPKA, asystent kliniki. Kraków.

Badania kliniczne nad wpływem wody z II. otworu wiertniczego w Krynicy (źródła »Zubera«) na przemianę azotową, oraz wydzielanie soku żołądkowego i treści dwunastnicowej.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. dr. Witold Orłowski.

Dokończenie.

Co się tyczy mechanizmu działania »Zubera« na sprawność wydzielniczą żołądka, to należy mieć na względzie, że »Zuber«, podobnie jak i każda inna woda mineralna, jest mieszaniną najrozmaitszych składników i że jego wpływ na tę czynność musi być oczywiście wypadkową działania wszystkich tych składników Najważniejsze jego składniki farmakodynamiczne, jako bodźce dla czynności wydzielniczej żołądka, są dwuwęglan sodu, chlorek sodu i bezwodnik kwasu węglowego. Co się tyczy wpływu dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą żołądka, to zdania nie są jednolite. Jeszcze z badań Pawłowa (6 i 12) i innych wynikałoby, że dwuwęglan sodu upośledza tę czynność; z drugiej strony jednak podnoszą, że dwuwęglan sodu, wprowadzony do żołądka zawierającego wolny kwas solny, powoduje powstanie bezwodnika kwasu węglowego i chlorku sodu, a więc połączeń chemicznych, które właśnie podniecają czynność wydzielniczą żołądka i zmniejszają lub nawet zobojętniają hamujący wpływ dwuwęglanu sodu. Chlorek sodu zwłaszcza w niezbyt silnem zagęszczeniu powoduje wzmożenie wydzielania błony śluzowej żołądka (6, 12), jakkolwiek nie brak głosów, że może on wywoływać, głównie w silniejszem zagęszczeniu, i obniżenie tej sprawności (13). Co do bezwodnika kwasu węglowego, to wszyscy są zgodni, że jest on silnym bodźcem dla czynności wydzielniczej żołądka (6, 14). Oprócz roli powyżej wymienionych składników »Zubera«, należy wspomnieć jeszcze i o wpływie jego ciepłoty na czynność chemiczną żołądka. Ciepłota »Zubera« przezemnie stosowana, wynosiła, poza dwoma doświadczeniami, 40—45° C. Otóż według dotychczasowych badań, wody ciepłe przyśpieszają bardzo wybitnie ruchy żołądka, natomiast nie mają żadnego, lub prawie żadnego wpływu na jego czynność wydzielniczą (6, 12). Uwzględniając wielką zawartość dwuwęglanu sodowego w »Zuberze«, natomiast znacznie mniejsze ilości chlorku sodowego i bezwodnika kwasu węglowego, możemy wnosić, że główny wpływ na czynność wydzielniczą żołądka ma tu właśnie dwuwęglan sodu. Tego rodzaju zdanie należy jednak wypowiedzieć z wielkiem zastrzeżeniem, albowiem, jak wiadomo, o wartości farmakodynamicznej danej wody mineralnej, rozstrzyga nie tylko bezwzględna ilość jej składników, lecz także ich wzajemny stosunek ilościowy, ich mieszanina, a nadto takie czynniki, jak radjoaktywność i własności katalityczne, przyczem właśnie nawet najdrobniejsze ilości jakiegoś niepozornego składnika mogą mieć wielkie znaczenie. Wreszcie i to może najważniejszą rolę odgrywa tu sposób, w jaki ustrój oddziaływa na doprowadzenie do niego danej wody mineralnej: woda mineralna wprowadzona do ustroju przedstawia pewną energję, pewien bodziec, wyrażony jej ciśnieniem osmotycznem i objętością; organizm jest przesiąknięty płynami, które są rozczynami, a więc także posiadają pewne ciśnienie osmotyczne i tem samem pewien stopień energji. Przy zetknięciu się tedy tych dwu ilościowo różnych energji musi nastąpić ich wyrównanie, odbywające się w kierunku od większej do mniejszej, przyczem wpływ rozstrzygający odgrywa tu nie tylko ilość doprowadzonej energji, ale i stopień różnicy między energją doprowadzoną a będącą już w ustroju i ten właśnie czynnik rozstrzyga prawdopodobnie o ilościowej i jakościowej stronie odczynu ustroju (6).

Nie może nas tedy zbytnio dziwić, że te same wody mineralne tak u różnych, jak i u tego samego osobnika użyte w tych samych warunkach i w tej samej ilości — mogą przecież wywierać odmienne skutki. Tem też tłumaczą się może przytoczone powyżej wahania w działaniu »Zubera«. Nie stanowi on pod tym względem wyjątku, albowiem podobnych przykładów znajdujemy pełno w piśmiennictwie. Tak n. p. Bickel (6, 12), Linossier, Robin i Mathieu (6, 12) stwierdzili, że szczawy alkaliczne podniecają sprawność wydzielniczą żołądka, przeciwnie Hayem (6) przyjmuje wpływ hamujący, Odnośnie do wód glauberskich wykazali Jaworski (6), Noorden (6), J. Schütz (12) i Heinsheimer (6), że zobojętniają one treść żołądkową i hamują trawienie peptyczne; przeciwnie Ewald, Sandberg (6), Mesnil, Geigel i Abend (6) przychodzą do wniosku, że leczenie wodą karlsbadzką prowadzi raczej do wzmożonego wydzielania soku żołądkowego.

Przytoczyć tu muszę wreszcie wspomnianą już na początku pracę F. Kmietowicza (1), który wykazał w doświadczeniach na psie z wyodrębnionym małym żołądkiem Heidenheina-Pawłowa, że 300 cm³ nierozcieńczonego, więc hipertonicznego »Zubera«, podane 45 minut przed jedzeniem obniżają tak ilość soku żołądkowego, jak jego kwasotę i siłę peptyczną; natomiast »Zuber« podany w 1 h 30' po jedzeniu zwiększał ilość soku żołądkowego i jego kwasotę. Jakkolwiek tych doświadczeń nie można bezwzględnie porównywać z mojemi doświadczeniami ze względu na zupełnie inny materjał doświadczalny, zasadniczo odmienne warunki, w jakich się odbywały, a wreszcie i z tego powodu, że »Zuber« przezemnie stosowany był prawie izotoniczny — to jednak i z doświadczeń Kmietowicza wynika, że »Zuber« może wywoływać różny wpływ na czynność wydzielniczą żołądka, zależnie od sposobu zastosowania.

CZĘŚĆ III.

Wpływ »Zubera« na wydzielanie treści dwunastnicowej.

III. Grupa doświadczeń miała wykazać wpływ »Zubera« na wydzielanie treści dwunastnicowej. Materjał spostrzegany stanowiło 20 chorych, których ze względu na sposób przeprowadzania doświadczeń, należy podzielić na dwa działy.

Dział I. obejmuje 8 przypadków, wszystkie z roku szkolnego 1923/24, mianowicie 2 przypadki wrzodu trawiennego żołądka (Sz. B. panna l. 24. L. dz. kl. 109 i S. Ł. l. 33 mężcz. L. dz. 164), 2 przypadki nerwicy żołądka (P. J. mężczyzna l. 27. L. dz. 199 i S. T. panna l. 26. L. dz. 195), 1 przypadek podostrego zapalenia woreczka żółciowego (Ch. K. mężcz. l. 49. L. dz. 200), 1 przypadek *Polydipsia nervosa* (D. G. mężcz. l. 20. L. dz. 269), 1 przypadek choroby Raynauda (J. J. panna l. 19. L. dz. 185) i 1 przypadek niedokrwistości wtórnej (R. L. kob. l. 56. L. dz. 182). Doświadczenia te miały jedynie charakter orjentacyjny. Chorym tym wprowadzałem przez zgłębnik dwunastnicowy, podobnie jak i w poprzednich doświadczeniach, po 200 cm³ mieszaniny w równych częściach »Zubera« i wody wodociągowej o ciepłocie 40—45° C. i zbierałem w ciągu pierwszych, co najmniej, 15 minut wydzielającą się treść i porównywałem ją z treścią wydzieloną bezpośrednio przed wprowadzeniem »Zubera«, pod względem ilości i barwy. W 2 doświadczeniach podałem, po uzyskaniu już treści pod wpływem »Zubera«, w celach porównawczych jeszcze po 5 g. soli karlsbadzkiej, rozpuszczonej w 100 cm³ wody zwykłej o ciepłocie 40° C., w jednem zaś, również w tym samym celu, oprócz »Zubera«, zastosowałem następnie kolejno w ciągu tego samego doświadczenia jeszcze 200 cm³ Mühlbrunu o 45° C. i 100 cm³ 25% siarkanu magnowego o ciepłocie pokojowej. Wyniki tych badań dają się ująć następująco: Ogólna ilość treści uległa pod wpływem »Zubera« w 6 przypadkach wzmożeniu, w jednym pozostała bez zmiany, w jednym zaś uległa spadkowi. Natężenie zabarwienia bursztynowego, będące miarą ilości bilirubiny, ulegało stale mniej, lub więcej wybitnemu osłabieniu; natomiast w 2 przypadkach przyszło po początą-

kowem wyjaśnieniu treści, do następowego wzmożenia się zabarwienia, co w jednym przypadku przejawiło się zaznaczeniem, w drugim zaś nawet wyraźnem pojawieniem się ciemnej treści, oznaczanej jako żółć B. Pod wpływem soli karlsbadzkiej przyszło w obu przypadkach tak do wzmożenia się ilości treści, jak i wystąpienia żółci B. Natomiast w doświadczeniu, gdzie podałem gorący Mühlbrun, wzmogła się wprawdzie ogólna ilość treści, lecz żółć B. nie pojawiła się; natomiast zastosowanie bezpośrednio potem siarkanu magnu spowodowało tak zwiększenie ilości treści, jak i wydzielenie ciemnej żółci B.

Dział II. obejmuje 12 przypadków wszystkie z roku szkolnego 1924/25. (J. T. mężcz. l. 32. L. dz. 1. *Hypersecr. cont. ventr. Ulcus iuxtapyl.;* J. Br. mężcz. l. 44. L. dz. 73. *Cholecystitis chr.;* M. S. mężcz. l. 48. L. dz. 97. *Ulcus pept. ventr.;* N. K. mężcz. l. 37. L. dz. 99. *Cholecystitis chr.;* N. W. mężcz. l. 38. L. dz. 65. *Cholecystitis subacuta;* I. B. mężcz. l. 57. L. dz. 75. *Ulcus pept. ventr.;* K. K. kobieta l. 33. L. dz. 133. *Enceph. leth.;* W. W. kobieta l. 52. L. dz. 141. *Achylia gastr. subseq. achylia pancr.;* J. R. mężcz. l. 58. L dz. 147. *Hypersecr. ventr.;* E. I. kobieta l. 40. L. dz, 159. *Achylia gastr. subseq. hypochylia pancr.;* J. B. mężcz. l. 57. L. dz. 175. *Ulcus duodeni pept.;* Z. M. mężcz. l. 34. L. dz. 173. *Enterocolitis cat. chr.*). Metodyka tych doświadczeń była następująca: Zgłębnik dwunastnicowy wprowadzałem chorym będącym naczczo. Po ustaleniu się wydzielania treści dwunastnicowej zbierałem ją najmniej w ciągu 15 minut w oddzielnych częściach, odpowiadających okresom 5 minutowym. Następnie dostawali chorzy »Zubera« w takiej ilości, jak i w poprzednich grupach doświadczeń, mianowicie po 200 cm^3 mieszaniny równej ilości »Zubera« i wody wodociągowej. W 7 przypadkach wprowadzałem go powoli, w ciągu 5 minut, wprost do dwunastnicy przez zgłębnik, natomiast w 5 innych doświadczeniach wypijali go chorzy, aby w ten sposób dostarczyć badaniu warunków fizjologicznych. W 4 doświadczeniach miała mieszanina »Zubera« ciepłotę pokojową, w reszcie doświadczeń 45° C. Po wprowadzeniu »Zubera« zaciskałem ujście zgłębnika na 5 minut, aby wprowadzony płyn przeszedł do dalszych części jelita i, o ile możności nie mieszał się z wydzielającą się treścią dwunastnicową. Następnie zbierałem treść dwunastnicową średnio w ciągu 30 minut, przyczem w pierwszym kwadransie w okresach 5-minutowych. Końcowa część doświadczenia polegała na wprowadzeniu do dwunastnicy, względnie wypiciu, 50 cm^3 30% wodnego rozczynu siarkanu magnowego o ciepłocie pokojowej, poczem zbierałem treść w ciągu średnio 1/2 godziny aż do chwili ewentualnego ukazania się ciemnej żółci B. Nie wchodząc bynajmniej w nierozstrzygnięty jeszcze dzisiaj mechanizm działania siarkanu magnu na wydalenie ciemnej żółci, pochodzącej z woreczka żółciowego, mogłem w ten sposób porównywać pod tym względem działanie »Zubera« z działaniem siarkanu magnowego, tego najsilniejszego, dotychczas znanego czynnika, pobudzającego wydalanie żółci B. Na tem kończyła się pierwsza część doświadczenia. Druga część, którą przeprowadzałem na tym samym chorym w kilka dni później, miała zupełnie taki sam przebieg, z tą różnicą, że zamiast »Zubera« wprowadzałem 200 cm^3 oryginalnego Mühlbrunu, aby w ten sposób uzyskać porównanie między działaniem »Zubera«, a działaniem jednego z najsłynniejszych zdrojów świata. Rzecz prosta, objętość, ciepłota i sposób wprowadzenia do ustroju «Zubera« i Mühlbrunu były w tem samem doświadczeniu zupełnie takie same. Dwa ostatnie doświadczenia były o tyle odmienne od poprzednich, że porównywałem w nich działanie »Zubera« z działaniem fizjologicznego rozczynu soli kuchennej, wprowadzonego do ustroju w takiej samej ilości, o takiej samej ciepłocie i w taki sam sposób, jak i »Zuber«. Uzyskane oddzielne części treści dwunastnicowej poddawałem badaniu fizykalnemu, chemicznemu i biologicznemu. Badanie fizykalne polegało na oznaczaniu ilości, barwy, wejrzenia i wreszcie lepkości zapomocą wiskozymetru Hessa. Oznaczanie lepkości, zamiast ciężaru gatunkowego wybrałem dlatego, że bardzo często minimalna ilość treści uniemożliwiłaby mi oznaczenie ciężaru gatunkowego, podczas gdy było jej zawsze dosyć dla oznaczenia lepkości. Co się tyczy chemicznej części badania, uwzględniałem odczyn tak jakościowo, jak i ilościowo, następnie oznaczałem ilościowo bilirubinę sposobem kolorymetrycznym van den B e r g h a (15) i kwasy żółciowe, oznaczając zmianę napięcia powierzchniowego zapomocą stalagmometru T r a u b e g o, obliczając równocześnie wszystkie ilości w odniesieniu do t. zw. stalagmometru normalnego (16), dla uzyskania jednolitej skali porównawczej. Badanie biologiczne polegało na oznaczaniu ilościowem lipazy sposobem B o n d i e g o (17). W ten sposób uwzględniałem zasadnicze składniki głównych wydzielin, względnie wydalin, tworzących treść dwunastniczą, mianowicie żółci i soku trzustkowego. Nie uwzględniałem urobiliny, urobilinogenu ani cholesteryny dlatego, że są one mniej ważne, niż bilirubina i kwasy żółciowe, po drugie zaś dlatego, że bardzo często brakłoby materjału do badań, a wreszcie i dlatego, że było wprost fizyczną niemożliwością przeprowadzić naraz tyle badań i to bardzo szybko ze względu na prędki rozkład treści. Z tych samych względów nie oznaczałem ani trypsyny, ani amylazy, jak również i dlatego, że oba te zaczyny, w przeciwieństwie do lipazy, są mniej charakterystyczne dla treści trzustkowej.

Zanim przedstawię ogólne wyniki powyższych 12 doświadczeń, zaznaczę, że odnoszą się one tylko do pewnej części wydzielonej treści dwunastnicowej, gdyż druga jej część, nie dająca się ilościowo określić, dostawała się, oczywiście, z dwunastnicy dalej do jelita cienkiego. Ogólne wyniki brzmią tedy następująco:

A) 1. W 5 przypadkach (2 przypadki przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego, 2 przypadki wrzodu trawiennego żołądka i 1 przypadek niedomogi wydzielniczej żołądka) w których »Zubera« w p r o w a d z a ł e m w p r o s t d o d w u n a s t n i c y, występowało stale b a r d z o w y b i t n e w z m o ż e n i e s i ę o g ó l n e j i l o ś c i t r e ś c i d w u n a s t n i c o w e j wraz z o b n i ż e n i e m s i ę j e j l e p k o ś c i i równoczesnem w y b i t n e m z m n i e j s z e n i e m s i ę z a w a r t o ś c i b i l i r u b i n y w jednostce objętości soku. Ilość k w a s ó w ż ó ł c i o w y c h a l b o u l e g a ł a w z m o ż e n i u, niekiedy bardzo wybitnemu, albo pozostawała bez zmiany. I l o ś ć l i p a z y zawarta w jednostce treści dwunastnicowej wydalonej pod wpływem »Zubera« ulegała stale spadkowi, natomiast o g ó l n a i l o ś ć l i p a z y zawarta w całej ilości soku wydzielonego pod wpływem »Zubera«, w y k a z y w a ł a b a r d z o s i l n y w z r o s t. Ciemna treść, wskazująca na pochodzenie z woreczka żółciowego, nie pojawiła się ani razu po podaniu »Zubera«. W przypadku, w którym zastosowano »Zubera« o ciepłocie pokojowej był skutek taki sam, jak i w przypadkach gdzie ciepłota jego wynosiła 45° C. Ilościowe oznaczanie odczynu treści dwunastnicowej wykazywało zupełnie niejednolite wahania, przy stale zasadowym odczynie.

2. Wprowadzenie u tych samych chorych w celach porównawczych M ü h l b r u n u w tej samej ilości i w taki sam sposób, jak i »Zubera«, wywołało we wszystkich przypadkach prawie takie same skutki, jak i wprowadzenie »Zubera« mianowicie wzrost ogólnej ilości treści wraz z obniżeniem się jej lepkości i spadkiem zawartości bilirubiny w jednostce objętości. Również i ilość kwasów żółciowych ulegała wzmożeniu lub pozostawała bez zmiany. Ilość lipazy w jednostce objętości treści dwunastnicowej stale spadała, natomiast ogólna ilość lipazy wzrastała. Różnica między działaniem »Zubera«, a Mühlbrunu była następująca: W dośw. I., w którem pod wpływem »Zubera przyszło do wybitnego wzrostu ilości kwasów żółciowych, wystąpiło pod działaniem Mühlbrunu jej obniżenie. W dośw. III., gdzie »Zuber« o ciepłocie pokojowej powoduje wzmożenie się ogólnej ilości lipazy, tam Mühlbrun o takiej samej ciepłocie powoduje jej spadek. Natomiast w dośw. II. zaznaczył się wybitniej wpływ Mühlbrunu, który, w przeciwieństwie do »Zubera«, spowodował wzmożenie się zawartości bilirubiny i kwasów żółciowych, przy równoczesnem pojawieniu się ciemnej treści B. Odczyn był stale zasadowy, okazując zupełnie niejednolite ilościowe wahania.

3. S i a r k a n m a g n o w y wywoływał to wzrost, to spadek ogólnej ilości treści, natomiast lepkość wzmagała się lub, niekiedy, pozostawała bez zmiany. Zawartość bilirubiny przeważnie ulegała wybitnemu wzmożeniu, czego wyrazem było

równoczesne pojawianie się żółci B. W 3 jednak doświadczeniach ilość bilirubiny pozostała bez zmiany. Ilość kwasów żółciowych natomiast ulegała stale wzmożeniu, raz tylko pozostała bez zmiany. Ilość lipazy tak w jednostce objętości treści, jak i ogólna doznawała, z wyjątkiem jednego razu, zawsze obniżenia.

B) 1. W 5 przypadkach (1 przypadek *cholecystitis subac.*, 1 przyp. *Ulcus pept. ventriculi*, 1 przyp. *Achylia gastrica*, 1 przyp. *hypersecr. ventr.* i 1 przyp. *Encephalitis letharg.*), w których chorzy wypijali »Zubera«, były wyniki następujące: Ogólna ilość treści w 3 przypadkach, gdzie ciepłota »Zubera« wynosiła 45° C i w 1 przypadku, gdzie podano »Zubera« o ciepłocie pokojowej – wzrastała, natomiast w drugim przypadku zastosowania chłodnego »Zubera« spadła. Lepkość treści jak i zawartość bilirubiny w jednostce objętości stale się zmniejszały, natomiast ogólna ilość bilirubiny wzrastała. Ilość kwasów żółciowych w 1 przypadku podania »Zubera« o ciepłocie pokojowej spadła, w drugim zaś przypadku zastosowania »Zubera« gorącego wzrosła: w pozostałych przypadkach nie można było ocenić zachowania się kwasów żółciowych z powodu braku odpowiedniej ilości treści. Ilość lipazy ulegała stale spadkowi w jednostce objętości treści, natomiast ogólna ilość doznawała zawsze wybitnego wzmożenia, z wyjątkiem 1 przypadku, gdzie podano chłodnego »Zubera«. Treść ciemna z woreczka żółciowego nigdy się nie pojawiła.

2. Zastosowanie doustne Mühlbrunu u tych samych chorych wywoływało stale wzrost ogólnej ilości treści. Lepkość ulegała spadkowi. Zawartość bilirubiny w jednostce objętości stale spadała. Ilość kwasów żółciowych zachowywała się niejednostajnie, gdyż w 1 przypadku zastosowania chłodnego »Zubera« doznała wzmożenia, w drugim zaś spadła; w pozostałych przypadkach nie można było określić zachowania się tego składnika z powodu niedostatecznej ilości treści. Ilość lipazy w jednostce objętości stale spadała, natomiast ogólna ilość lipazy wzrastała, z wyjątkiem 1 przypadku, gdzie pod wpływem chłodnego Mühlbrunu przyszło do spadku ogólnej ilości treści i tem samem ogólnej ilości lipazy. Treść z woreczka żółciowego nie zjawiła się ani razu. Wyniki więc były zasadniczo takie same, jak i po wypiciu »Zubera«. Różnica polegała na tem, że w doświadczeniu VII. »Zuber« o ciepłocie pokojowej — wzmógł wybitnie ogólną ilość lipazy, zaś również o takiej samej ciepłocie Mühlbrun ją obniżył; natomiast w doświadczeniu IX., w którem chłodny »Zuber« spowodował spadek ogólnej ilości treści i lipazy, wzmógł chłodny Mühlbrun tak ilość treści, jak i całkowitą ilość lipazy.

3. Siarkan magnu podany u tych chorych doustnie powodował to spadek to wzrost ogólnej ilości treści. Lepkość stale się zwiększała, zawartość bilirubiny przeważnie wzrastała, niekiedy pozostawała bez zmiany. Ilość kwasów żółciowych, z wyjątkiem jednego przypadku (dośw. IX.) stale wzrastała. Ilość lipazy zachowała się niejednostajnie okazywała jednak przeważnie skłonność do spadku. Treść z woreczka żółciowego pojawiła się tylko w dwu przypadkach.

C) W przypadku (*Ulcus duodeni*) wprowadzenia do dwunastnicy gorącego rozczynu fizjologicznego soli kuchennej zwiększyła się ogólna ilość treści, lepkość pozostała bez zmiany, bilirubina bardzo wybitnie się zmniejszyła, bo prawie zupełnie znikła. Ilość lipazy w jednostce objętości treści spadła, natomiast ogólna jej ilość się powiększyła. Zachowania się kwasów żółciowych nie można było określić z braku materjału. Treść z woreczka żółciowego nie pokazała się. Zastosowanie w tym samym przypadku bezpośrednio przedtem »Zubera« miało taki sam skutek z tą różnicą, że ogólna ilość treści spadła. W drugim przypadku *(Enterocolitis cat. chr.)*, w którym wprowadziłem do dwunastnicy rozczyn fizjologiczny soli kuchennej o ciepłocie pokojowej wystąpiło wzmożenie się ilości treści. Lepkość nie uległa zmianie, bilirubina doznała bardzo wybitnego wzmożenia, gdyż pojawiła się nawet treść z woreczka żółciowego. Ilość lipazy względna i ogólna silnie się zwiększyły. Zbadaniu zachowania się kwasów żółciowych stanął na przeszkodzie brak odpowiedniej ilości treści. To wybitne działanie chłodnego rozczynu soli kuchennej było tem więcej charakterystyczne, że zastosowanie u tego samego chorego bezpośrednio przedtem »Zubera« wywołało jedynie wzrost ogólnej ilości treści, natomiast lepkość, bilirubina i lipaza uległy wyraźnemu spadkowi.

Zaznaczyć wreszcie wypada, że powyższe wyniki wszystkich 12 doświadczeń występowały już w ciągu pierwszych 15 min. od chwili zastosowania czy to »Zubera«, czy Mühlbrunu, czy siarkanu magnu, czy fizjologicznego rozczynu soli kuchennej.

Ogólne tedy wnioski wynikające z obu ostatnich grup doświadczeń, brzmią następująco:

1. «Zuber«, czyto wprowadzony wprost do dwunastnicy, czyto wypity, powoduje z zasady wzmożenie się ilości treści dwunastnicowej przy równoczesnem zmniejszeniu się jej lepkości i spadku w jednostce objętości treści tak ilości bilirubiny, jak i lipazy; natomiast bezwzględna ilość barwików żółciowych i lipazy doznaje wybitnego wzmożenia z powodu wzrostu ogólnej ilości treści. Niekiedy powoduje »Zuber« nawet wydobycie się treści z woreczka żółciowego. Kwasy żółciowe zachowują się niejednakowo, na ogół jednak okazują wyraźną skłonność do zwiększonego wydalania się. Działanie »Zubera« gorącego i chłodnego nie okazuje różnic jakościowych, tylko do pewnego stopnia ilościowe, w tem znaczeniu, że» Zuber« gorący działa na ogół silniej, co wyraża się zwłaszcza w pojawianiu się czasem pod jego wpływem żółci B. Ostatecznie oceniając wpływ »Zubera« na wydzielanie się treści dwunastnicowej możemy powiedzieć, że powoduje on wydzielanie treści uboższej wprawdzie w składniki w jednostce objętości w porównaniu z treścią wydzieloną samoistnie, jednakże ze względu na wybitnie wzmożoną ogólną ilość treści dwunastnicowej, przychodzi do znacznego zwiększenia bezwzględnej ilości wydzielonych składników żółci i soku trzustkowego, czyli, że »Zuber« działa wybitnie żółciopędnie i wzmaga wydzielanie trzustkowe.

2. Działanie »Zubera« jest tak jakościowo, jak i ilościowo zupełnie identyczne z działaniem Mühlbrunu, a nawet niekiedy okazywał »Zuber« silniejsze działanie, zwłaszcza odnośnie do wpływu na wydzielanie lipazy.

3. Stosunek działania »Zubera«, a zarazem i Mühlbrunu, do działania siarkanu magnu przedstawia się w ten sposób, że siarkan magnu działa daleko silniej żółciopędnie, co wyraża się tak w stale znacznie wzmożonem wydzielaniu kwasów żółciowych, jak i bardzo częstem występowaniu ciemnej żółci B.; natomiast w przeciwieństwie do »Zubera« i Mühlbrunu powoduje przeważnie upośledzenie wydzielania lipazy.

* * *

Badań nad działaniem wód mineralnych polskich na wydzielanie treści dwunastnicowej przy użyciu zgłębnika dwunastnicowego niema zupełnie, a prawie to samo tyczy się i podobnych badań nad działaniem wód zagranicznych. Jeżeli więc teraz chodzi o porównanie moich wyników z wynikami badań innych autorów, to ograniczę się tylko do zaznaczenia, że dotychczasowe bardzo skąpe badania w tym względzie, pochodzące jeszcze z okresu przed wprowadzeniem zgłębnika dwunastnicowego, wykazały podobne rozbieżności, jakie już przedstawiłem w dwu pierwszych grupach moich doświadczeń. Tak n. p. Lewaschew (6) twierdzi, że węglan sodu i sól glauberska wzmagają wyraźnie wytwarzanie żółci i równocześnie silnie ją rozcieńczają. Przeciwnie Borodenko (6) przychodzi do wniosku, że ilościowe wahania żółci zależą jedynie od składu pokarmów i nie stoją w żadnej zależności od stosowania wód mineralnych czyto typu wód karlsbadzkich, czy jakichkolwiek innych. Winogradow (6) idzie nawet dalej i przypisuje wodom karlsbadzkim nawet hamujący wpływ na wydzielanie żółci. Podobne wyniki mamy również odnośnie do wpływu wód mineralnych na wydzielanie soku trzustkowego: Bickel (12) wykazał, że woda ze Selters i Fachingen wzmaga wyraźnie wydzielanie soku trzustkowego, natomiast alkaliczna terma borżomska (Kaukaz) ma wywierać wpływ hamujący. Na uwagę zasługują wyniki badań Damaskina (12) stwierdzające wybitny, podniecający wpływ wody zwykłej na wydzielanie soku trzustkowego; wpływ ten ma być

nie następstwem wzmożonego, pod wpływem wody, wydzielania kwasu solnego, lecz ma być bezpośredni. Przeciwnie wpływ wody zwykłej na wydzielanie żółci ma być minimalny (12). Z badań wreszcie F. Kmietowicza (2) nad psem z przewlekłą przetoką trzustkową i dwunastnicową, wynika, że »Zuber« powoduje w tych warunkach wybitnie hamujący wpływ na wydzielanie zewnętrzne trzustki. Z tych samych powodów, które wyłuszczyłem już poprzednio przy omawianiu jego doświadczenia nad wpływem »Zubera« na czynność wydzielniczą wyodrębnionego żołądka psa metodą Heidenheina-Pawłowa — nie można porównywać bezpośrednio wyników jego badań z moimi wynikami. Jednak, właśnie ze względu na to, że odbywały się one w zasadniczo odmiennych warunkach, pozwalam sobie na twierdzenie, że wyniki badań Kmietowicza i moje nie sprzeciwiają się sobie, ale są raczej wzajemnem uzupełnieniem.

Porównując ostatecznie przytoczone tu wyniki z wynikami moich badań, muszę jeszcze raz podkreślić, że zasadniczo stwierdzałem podniecający wpływ tak »Zubera«, jak i Mühlbrunu na wydzielanie treści dwunastniczej. Ponadto dodatkowe doświadczenia XI. i XII. wykazały również bardzo wybitny wpływ tak chłodnego jak i gorącego roztworu fizjologicznego soli kuchennej na wydzielanie żółci i soku trzustkowego. Doświadczenia te, zgadzające się z wynikami badań Damaskina, dowodzą, że wynik działania wód mineralnych, zależy nietylko od ilości i jakości jonów danej wody, ale nadto od masy wody i od sposobu, w jaki ustrój na nie oddziaływa.

Ogólne tedy najważniejsze wnioski, tyczące się działania »Zubera«, wynikające z wszystkich 3 grup moich doświadczeń, brzmią następująco:

»Zuber« stosowany przez okres 3 tygodniowy, obniża stopień przemiany azotowej, okazuje pewną skłonność do wypłukiwania z ustroju istot wyciągowych, w tem i kwasu moczowego, utrudnia rozwój bakteryj jelitowych, działa moczopędnie, obniżając równocześnie kwasotę moczu, zwiększa czynność wydzielniczą i wydalniczą narządów skórnego i płucnego, powoduje lekki spadek wagi ciała. Wpływ »Zubera« na czynność wydzielniczą żołądka jest niejednolity: czynność prawidłowa ulega naogół wzmożeniu, czynność upośledzona naogół dalszemu upośledzeniu, natomiast czynność chorobowo wzmożona ulega to jeszcze dalszemu wzmożeniu, to osłabieniu. Objawy przedmiotowe, głównie jednak podmiotowe, zależne tak od zboczeń sprawności wydzielniczej błony śluzowej żołądka, jak i od równoczesnego ewentualnego wrzodu trawiennego żołądka, przeważnie znikają zupełnie, względnie doznają znacznego polepszenia. To samo tyczy się i objawów zapalenia woreczka żółciowego; Jakiejś zależności między ustępowaniem objawów chorobowych, a zachowaniem się sprawności wydzielniczej żołądka nie daje się zauważyć. »Zuber« wzmaga wreszcie bardzo wybitnie wydzielanie treści dwunastniczej powodując równocześnie jej rozcieńczenie. Ze względu na pojawianie się niekiedy pod jego wpływem treści z woreczka żółciowego należy przyjąć, że »Zuber« działa nie tylko jako choleretićum, ale i jako cholagogum. »Zuber« w działaniu swem na wydzielanie treści dwunastnicowej stoi na tym samym poziomie, co i Mühlbrun, przyczem zaznaczyć należy, że wpływ ten wywiera w dawce o połowę mniejszej od dawki Mühlbrunu.

Zanim przejdę do omawiania zastosowania klinicznego »Zubera«, muszę uprzedzić ewentualne zarzuty, jakie mógłby mi ktoś postawić przy wyciąganiu wskazań dla jego stosowania na podstawie doświadczeń grupy I. Otóż materjał doświadczalny tej grupy stanowili ludzie bardzo młodzi i zupełnie zdrowi, a więc osobnicy, którzy nie potrzebują korzystać i przeważnie nigdy nie korzystają z leczenia zdrojowego. Oczywiście byłoby ważniejszem przeprowadzić te doświadczenie na osobach starszych, przedstawiających zaburzenia w przemianie materji wogóle. Jednakże stanęła temu na przeszkodzie trudność wynalezienia odpowiedniego materjału ludzkiego któryby się bez wszelkich zastrzeżeń i bezwzględnie sumiennie poddał temu, w każdym razie przykremu i długiemu doświadczeniu. Jednakże zupełnie jednolity wynik tych badań nie może być bez znaczenia i dla osób, przedstawiających objawy chorobowe. Natomiast materjał doświadczalny grupy II. i III. jest bez zarzutu. Ważniejszą okolicznością jest fakt, że przy stosowaniu »Zubera» w klinice odpadł rzecz prosta cały szereg czynników, które przy stosowaniu »Zubera« i wogóle wód mineralnych w miejscu ich wytrysku, mają pierwszorzędne znaczenie lecznicze. Są to czynniki tak natury fizykalnej, jak n. p. radjoaktywność, jak też i ogólnej, mianowicie ten potężny czynnik psychoterapeutyczny, jaki zawsze towarzyszy piciu wód w danem uzdrowisku. Przeciwnie w klinice musieli odczuwać chorzy niechęć do stosowania »Zubera«, tak ze względu na jednostajność diety, jak też i z powodu ciągłych zgłębnikowań żołądka i dwunastnicy. Jednem słowem wyniki stosowania »Zubera« w naszych przypadkach mają podłoże jedynie ściśle farmakodynamiczne. Przy stosowaniu go zaś na miejscu, w Krynicy, muszą być, oczywiście, jeszcze wyrazistsze z powodu dołączenia się czynnika klimatycznego i psychoterapeutycznego.

Wskazania dla leczniczego stosowania »Zubera«, wynikające z doświadczeń grupy I., są następujące: »Zuber« obniża stopień przemiany istot azotowych, czyli oszczędza je; jest więc wskazany wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z niepożądanem wzmożeniem przemiany materji wogóle, a zwłaszcza azotowej, a więc n. p. w przebiegu choroby Basedowa; wprawdzie »Zuber« powoduje spadek wagi ciała, a więc objaw nie pożądany przy chorobie Basedowa jednakże spadek ten jest tak nieznaczny że sam przez się nie mógłby stanowić przeciwskazania dla stosowania »Zubera« w tem schorzeniu. Jest on wogóle wskazany tam, gdzie chodzi nam o zaoszczędzenie zapasu azotu ustroju. Zdolność »Zubera« do wypłukiwania z ustroju istot wyciągowych należy zużyć przy rozmaitych przewlekłych zatruciach i zakażeniach a nadto w początkach miażdżycy tętnic. Skłonność »Zubera«, jakkolwiek niewybitną, do wzmożonego wydzielania z ustroju kwasu moczowego można zużytkować przy skazie moczanowej. Upośledzenie rozwoju bakteryj jelitowych pod wpływem »Zubera« może mieć zastosowanie w przypadkach nadmiernej fermentacji i nadmiernego gnicia jelitowego. Mając na oku działanie »Zubera« moczopędne i obniżające kwasotę moczu, stosować go będziemy w przypadkach kwaśnego nieżytu dróg moczowych i kamicy nerkowej, głównie moczanowej. Rzecz prosta, przy tem ostatniem wskazaniu nie będziemy się powodować tak bardzo wielką zawartością połączeń litowych w »Zuberze«, ile jego silną zasadowością i działaniem moczopędnem, gdyż i działanie wód litowych pokrywa się z działaniem moczopędnem. Większe znaczenie w tym względzie mogłyby mieć połączenia wapniowe »Zubera«, gdyż wiadomo, że sole wapniowe zwiększają zdolność moczu do rozpuszczania kwasu moczowego (12). Zwiększenie pod wpływem »Zubera« strat skórno-płucnych może mieć zastosowanie w przypadkach, gdzie jest wskazany lekki spadek wagi ciała.

Na podstawie wyników doświadczeń grupy II., mamy prawo stosować »Zubera« w przypadkach nadmiernej kwaśności żołądkowej, tak samej, jak i w połączeniu z wrzodem trawiennym żołądka. Wprawdzie obniżenie nadmiernej kwasoty wystąpiło nie we wszystkich moich przypadkach, a w niektórych nawet wystąpił ich wzrost, jednakże we wszystkich przypadkach zniknęły, względnie znacznie się zmniejszyły objawy chorobowe tak przedmiotowe, jak i podmiotowe. Jakkolwiek więc w takich przypadkach wynik ścisłego doświadczenia nie daje nam wytłumaczenia dla dodatniego działania »Zubera« i wód alkalicznych wogóle, to jednakże musimy tu dopuścić do głosu empirję, która mówi, że wody alkaliczne, a więc i »Zuber« działają dodatnio przy wzmożonej czynności wydzielniczej żołądka.

Wyniki doświadczeń grupy III., upoważniają nas do stosowania »Zubera« przy wszelkich nieżytowych sprawach dróg żółciowych, jak i woreczka żółciowego, również powikłanych kamicą; zwłaszcza wzmożone wydalanie kwasów żółciowych, utrudniające wypadanie cholesteryny, musi przeciwdziałać powstawaniu kamieni żółciowych wogóle, zwłaszcza zaś cholesterynowych. Jako bardzo ważny czynnik leczniczy występuje, obok wzmożonego wydzielania żółci, także jej rozcieńczenie, wskutek czego musi nastąpić oczywiście żywszy

prąd w drogach żółciowych, prowadzący do wzmożonego wypłukiwania z nich wydzieliny zapalnej, drobnoustrojów i ewentualnie drobnych kamyków. Również nie może być obojętne dla leczenia spraw zapalnych woreczka żółciowego, zauważone przezemnie pojawianie się niekiedy żółci B. pod wpływem gorącego »Zubera«. Wreszcie jest »Zuber« tam wskazany, gdzie mamy upośledzenie wydzielania zewnętrznego trzustki oczywiście nie na tle anatomicznem. Obok postawienia wskazań nie można pominąć i przeciwskazań dla stosowania »Zubera«, wynikających z moich doświadczeń. Za takie pierwsze przeciwskazanie uważam stany mocznicowe ze względu na zwiększone zatrzymanie azotu przez ustrój pod wpływem »Zubera«. Drugiem przeciwskazaniem są stany upośledzonej sprawności wydzielniczej żołądka, która, jak widzieliśmy, ulega jeszcze dalszemu spadkowi pod wpływem działania »Zubera«.

Przytoczone powyżej wskazania i przeciwskazania dla stosowania »Zubera«, wynikają bezpośrednio z moich doświadczeń.

Oprócz tego jednakże można częścią na podstawie składu chemicznego »Zubera« częścią na podstawie podobieństwa działania innych podobnych wód wysnuć i wskazania pośrednie t. j. takie, które nie były objęte zakresem mojej pracy. Znaczna zawartość żelaza »Zubera«, czyniąca go najsilniejszą wodą żelazistą polską i jedną z najsilniejszych wód żelazistych wogóle, mogłaby uzasadnić podawanie go w przypadkach, gdzie wskazane jest stosowanie żelaza; to teoretycznie postawione wskazanie musiałoby jednak znaleść potwierdzenie w doświadczeniu klinicznem. Ze względu na stosunkowo sporą ilość połączeń wapniowych, nadaje się »Zuber«, do podawania w przebiegu rozmaitych zaburzeń nieżytowych jelit tak ze skłonnością do biegunek jak i do zaparcia. Wielka ilość połączeń alkalicznych, obok przytoczonego już powyżej, zwiększenia wydalania skórno-płucnego, usprawiedliwia stosowanie »Zubera« przy sprawach nieżytowych dróg oddechowych. Obok tych kilku, tylko jako przykład przytoczonych wskazań, wynikających jedynie pośrednio z mojej pracy, jest, oczywiście, jeszcze szerokie pole, na któremby »Zuber« mógł znaleść zastosowanie, o ile można wnosić z działania w tym względzie innych podobnych wód mineralnych. Mam tu na myśli przedewszystkiem schorzenia przemiany materji jak cukrzyca, otyłość i dna. Zwłaszcza co się tyczy dny, może odgrywać »Zuber« wielką rolę ze względu na swą znaczną zawartość dwuwęglanu wapnia a bardzo wielką dwuwęglanu magnu. Jak bowiem wykazały doświadczenia w pierwszym rzędzie K i o n k i (6) jony wapnia i magnu działają na drobiny istot koloidalnych wręcz przeciwnie, niż soki trawienne; pod ich wpływem przychodzi mianowicie do większego zagęszczenia i zbicia drobin białka i nukleoproteidów w ten sposób, że ujemnie naładowane drobiny koloidów tracą swój ładunek elektryczny przy zetknięciu z dodatnio naładowanemi jonami wapnia i magnu i zlewają się ze sobą, tworząc większe kompleksy drobin. Ponieważ zaś wchłanianie w jelicie nukleoproteidów, tego źródła powstawania kwasu moczowego może nastąpić dopiero po bardzo dokładnem rozłożeniu ich i tak już skomplikowanej drobiny, przeto powstawanie pod wpływem jonów wapnia i magnu jeszcze większych drobin, musi rzecz prosta, przeciwdziałać wchłanianiu się nukleoproteidów i tem samem działać korzystnie w przebiegu dny.

Wspomniana już na początku empiryczna praca W. S k ó r c z e w s k i e g o (18) potwierdza rzeczywiście dodatnie wyniki stosowania »Zubera« w przebiegu dny, cukrzycy, schorzeń wątroby, nieżytu dróg moczowych i przewodu pokarmowego. Rzecz prosta, aby te wskazania uzyskały silną podstawę naukowo-doświadczalną, do tego trzeba jeszcze nie jednej, ale szeregu długich prac. W każdym razie na podstawie wyników, osiągniętych z pracy kliniki krakowskiej, możemy stwierdzić, że w »Zuberze« posiadamy na ziemiach polskich silny czynnik balneoterapeutyczny, w niczem nie ustępujący przereklamowanym wodom zagranicznym, w pierwszym rzędzie Karlsbadzkiemu Mühlbrunowi.

Piśmiennictwo:

1) K m i e t o w i c z: P. G. L. 1923. Nr. 23 i 1924. Nr. 23. — 2) D o b r z a ń s k i i K m i e t o w i c z: Nabłonek migawkowy i szczawy proste, alkaliczno-słone i alkaliczne właściwe. P. G. L. 1923. Nr. 46. — 3) T r o c h a n o w s k i: Rozbiór chemiczny wody lekarskiej w Żegiestowie. Przemyśl 1914. — 4) »Nasze zdroje« 1912. Nr. 10 i 11 i wykaz rozbiorów przesłany klinice przez Zarząd Zdrojowy Szczawnicy. — 5) C o n s t a n t: La révision de la composition des eaux minérales. Presse Méd. Nr. 7. — 6) Handb. d. klin. Hydro-Balneo- und Klimatother. Strasser-Kisch Sommer 1920. Urban und Schwarzenberg Berlin-Wien. — 7) B r u g s c h - S c h i t t e n h e l m: Klinische Laboratoriumstechnik I. Bd. S. 635. — 8) K o w a r s k y: M. Kl. 1921. Nr. 30. — 9) M o h r - B e u t e n m ü l l e r: Die Methodik der Stoffwechseluntersuchungen. Wiesbaden 1911. — 10) Handb. d. biolog. Arbeitsmeth. Abderhalden. Abt. IV. Teil 6. Heft I. S. 43. — 11) L e w i c k i i S z c z e p a ń s k i: Badania nad działaniem wody krościeńskiej. Lwowski Tyg. Lek. 1907. Nr. 16. — 12) Handb. d. Balneologie, mediz. Klimatologie und Balneographie. Dietrich, Kammer Georg. Thieme. Leipzig. 1922. T. II. — 13) B ö n n i g e r: M. m. W. 1904. — 14) P e n z o l d t: D. Arch. f. kl. M. T. 73. 1902. 15 M. C h i r a y, M. Milochevitch et L. Petrowitch: Bull. et Mem. de la Soc. Med. d. hop. de Paris. 1924. — 16) B r u g s c h - S c h i t t e n h e l m: Klinische Laboratoriumstechnik II. t. Str. 1406. — 17(M. C h i r a y et L e b o n: Le tubage duodénal. Paris. Masson 1924. str. 114. — 18) W. S k ó r c z e w s k i: Przegląd zdrojowo kąpielowy 1925. Nr. 1.

Wykłady i odczyty.

Dr. Anna MARGOLISOWA. Łódź.

Rola przychodni w walce z gruźlicą wieku szkolnego*).

Walka z gruźlicą wieku szkolnego, jak walka z gruźlicą wogóle, sprowadza się przedewszystkiem do akcji zapobiegawczej. Chodzi o to, aby dziecko w zamian za naukę w szkole nie postradało zdrowia. Jak zaś szybko szerzy się gruźlica w szkołach, dowodzą liczby J a k o b s a, według których ilość dzieci zakażonych gruźlicą wzrasta podczas lat szkolnych z 15 do 60%, a według T e l e k y'ego nawet 94%. Ażeby przeciwdziałać temu, walka z gruźlicą wieku szkolnego toczyć się powinna w dwu kierunkach:

1. zapobiegania bezpośredniego (*prophylaxis expositionis*) — przez usuwanie ze szkół źródeł zarazka, t. j. dzieci i nauczycieli chorych na gruźlicę czynną i

2. zapobiegania pośredniego (*prophylaxis dispositionis*), t. j. przez wzmaganie ogólnej oporności ustroju dzieci szkolnych, głównie zagrożonych gruźlicą, oraz leczenie chorych.

Dla osiągnięcia tych wytycznych niezbędną jest współpraca szkoły, lekarza szkolnego, poradni i instytucyj leczniczych oraz zapobiegawczych (kolonij i półkolonij).

Dla usunięcia ze szkół roznosicieli zarazy należy u nich chorobę rozpoznać wcześnie. Trudno bywa lekarzowi szkolnemu postawić pewne i ostateczne rozpoznanie gruźlicy. Rzeczą jego jest kierowanie wszystkich dzieci chorych i podejrzanych o gruźlicę do poradni, która, mając do rozporządzenia środki pomocnicze, może pewniej ustalić rozpoznanie i orzec, czy obecność danego osobnika w szkole nie jest dla otoczenia szkodliwą. Dzieje się tak w Łodzi, gdzie ze 60.000 dzieci szkolnych lekarze szkolni kierują do poradni od 4 do 5.000 dzieci rocznie. Cały ten materjał zostaje tam badany w sposób następujący: przed badaniem lekarskiem dziecko zostaje przygotowane przez sanitarjuszkę; zbiera się i spisuje dokładne wywiady, stwierdza wagę, wzrost i ciepłotę ciała i bada plwociny.

Badanie lekarskie ma na celu wyeliminowanie dzieci podejrzanych o gruźlicę i dzieci z gruźlicą czynną (początkową i rozwiniętą). Do podejrzanych o gruźlicę zaliczamy dzieci o objawach ogólnych niewyraźnych (nieznaczne podniesienie ciepłoty, przewlekły kaszel, poty, brak łaknienia i t. p.) bez zmian miejscowych, z dodatnim odczynem tuberkulinowym. Przy zaliczeniu dzieci z gruźlicą czynną do kategorji początkowej, czy też rozwiniętej gruźlicy, posługujemy się klasyfikacją anatomo-kliniczną z tem koniecznem u dzieci uzupełnieniem, że do kategorji gruźlicy początkowej zaliczamy sprawy

*) Referat uzupełniający do referatu głównego: »Rola przychodni w walce społecznej z gruźlicą«. I. Ogólno-polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie dn. 16 i 17 maja 1925.

jednoogniskowe niezależnie od ich umiejscowienia, jakoteż gruźlicę czynną gruczołów wnękowych.

Odczyn tuberkulinowy stosujemy sposobem M a n t o u x. W razie wyniku ujemnego odczyn zostaje powtarzany kilkakrotnie, przy użyciu coraz to mocniejszego rozcieńczenia tuberkuliny: po trzykrotnym wyniku ujemnym dziecko zostaje odesłane do szkoły jako o gruźlicę niepodejrzane z wyjątkiem, rzecz prosta, przypadków gruźlicy daleko posuniętej, gdzie ujemny odczyn świadczy o anergji wtórnej ustroju.

Jako metoda badania szczególnie pożyteczna w praktyce przychodni w celu rozpoznania gruźlicy jako choroby, a nie tylko jako stanu patologicznego u dzieci, okazał się odczyn B i ę r n a c k i e g o, t. j chyżość opadania czerwonych ciałek krwi w cytrynianie sodu. Nie świadczy on o tem, — jak dodatni odczyn tuberkulinowy, — że dziecko zetknęło się z lasecznikiem gruźlicy, lecz mówi o natężeniu choroby u dziecka już chorego. Daje on obraz stanu walki ustroju z lasecznikiem. Z góry muszę zaznaczyć, że jednokrotne wykonanie odczynu nie jest wystarczające, gdyż przyśpieszenie opadania zależeć może od zakażeń przygodnych; przy kilkakrotnem sprawdzaniu i mniej więcej jednakowym wyniku służy za pewny wskaźnik czynności sprawy swoistej.

TABLICA I.

	Czas opadania krwinek w minutach			
	< 40'	40'—60'	60'—120'	> 120'
Podejrzenie gruźlicy płuc	—	—	5,6%	94,4%
Gruźlica początkowa .	1,5%	14,3%	35%	49,2%
Gruźlica rozwinięta . .	29%	19,4%	37,1%	14,5%

TABLICA II.

	< 40'	40'—60'	60'—120'	> 120'
Gruźlica otwarta . . .	56%	12,5%	25%	6,2%
Gruźlica zamknięta . .	2,5%	7,6%	20,3%	69,6%

Tablice, które demonstruję, obejmują 500 przypadków gruźlicy dzieci szkolnych, w tem: 249 przypadków podejrzenia gruźlicy, 189 gruźlicy początkowej i 62 gruźlicy rozwiniętej. Odczyny opadania powyżej dwu godzin uważamy za normalne, od godziny do dwu godzin za przyśpieszone, poniżej 40 minut za świadczące o wyraźnej sprawie czynnej, postępującej.

Z tablicy I. widzimy, że w przypadkach podejrzenia gruźlicy, a więc przeważnie w sprawach nieczynnych, opadanie krwinek jest długie, powyżej dwu godzin. W przypadkach gruźlicy początkowej, opadanie staje się szybsze: do 40 minut w 1,4%, od 40 do 60 minut w 15%, od godziny do dwu godzin w 25%, w pozostałych powyżej 2 godzin. W przypadkach gruźlicy rozwiniętej, krzywa jeszcze więcej przesuwa się w kierunku szybszego opadania: mamy tu 29% poniżej 40 minut, 19% do 1 godziny, 37% do 2 godzin i 14% powyżej 2 godzin.

Wnioskujemy stąd, że sprawy naogół czynniejsze, zarówno gruźlica początkowa, a szczególnie rozwinięta, dają opadanie szybsze. Aczkolwiek, jak to widać z tablicy — zdarza się gruźlica rozwinięta małoczynna, gdzie opadanie jest powyżej dwu godzin. Nieraz przedłużone opadanie w zespole z ujemnym odczynem M a n t o u x przy wyraźnych zmianach płucnych świadczyć może o tem, że mamy do czynienia ze zmianami w płucach niegruźliczemi.

Na uwagę zasługuje stosunek istniejący między szybkością opadania a obecnością lasecznika Kocha w plwocinach. Na 500 badanych przypadków 17 razy stwierdzono laseczniki Kocha w plwocinach.

Z tablicy II. widać, że gruźlica otwarta daje szybsze opadanie, niż gruźlica zamknięta. Widzimy jednak przypadki gruźlicy otwartej z opadaniem zwolnionem, powyżej dwu godzin. Świadczy to o słabo czynnej sprawie gruźliczej przy obecności lasecznika w plwocinach.

W przypadkach, w których niemożna postawić rozpoznania ambulatoryjnie, poradnia powinna mieć do rozporządzenia stację obserwacyjną, gdzieby mogła umieszczać dzieci na przeciąg 1—2 tygodni. W poradni łódzkiej rozpoznanie ambulatoryjne jest o tyle trudniejsze, że nie posiada ona własnego aparatu Roentgena i dlatego zmuszona jest do korzystania ze stacji obserwacyjnej dość często. Dzieci chore, którym do szkoły chodzić pozwolono (z braku szkół specjalnych dla gruźliczych), pozostają pod stałą kontrolą sekcji.

Przechodzimy do drugiej zasadniczej roli poradni: leczniczo-zapobiegawczej. Rola poradni polega na pośredniczeniu pomiędzy szkołą a wszelkiemi instytucjami leczniczemi i pomocniczemi. Sanatorja lub szpitale dla dzieci ze zmianami postępującemi, szkoły na świeżem powietrzu (w Niemczech t. zw. Waldschulen, we Francji t. zw. ecoles de plein air) dla dzieci z gruźlicą nieczynną, kolonje letnie w lasach lub nad morzem dla dzieci zagrożonych gruźlicą, dla reszty wątłych — półkolonje zamiejskie. Im więcej takich instytucyj ma poradnia do rozporządzenia, tem znaczenie jej staje się bardziej życiowem, pożytecznem.

Szpitalnictwo łódzkie ma pod tym względem wiele braków. Brak przedewszystkiem oddziału dla gruźlicy otwartej dziecięcej (istnieje jedynie kilka łóżek w szpitalu Anny Marji), wobec tego dzieciom z gruźlicą otwartą, prócz wskazówek osobistych, przychodnia nic dać nie może. Dla gruźlicy czynnej zamkniętej mamy tylko 16 łóżek w szpitalu Anny Marji, 10 stałych miejsc w Zakopanem i pewną ilość miejsc w Rabce. Ilość ta jest dla tak wielkiego miasta, jak Łódź, znikoma. Brak nam stałego sanatorjum dla dzieci gruźliczych, otwartego przez cały rok. Jedyną instytucją na szerszą skalę, którą posiadamy, jest uzdrowisko podmiejskie na 100 łóżek w Chojnach, otwarte dla dzieci szkolnych na przeciąg pięciu miesięcy letnich. Każde dziecko zostaje wysłane na jeden miesiąc. Kieruje się tam dzieci z gruźlicą nieczynną lub o gruźlicę podejrzane. Prócz tego, w parkach miejskich Łodzi urządzone są t. zw. półkolonje dla dzieci szkolnych, gdzie do 2000 dzieci w przeciągu lipca i sierpnia spędza po pół dnia na powietrzu. Dzieci te są tam również odżywiane, otrzymując 3 posiłki bezmięsne dziennie.

Jakkolwiek w samej przychodni dzieci nie leczymy, to jednak dwie metody lecznicze są tu stosowane: w ograniczonej liczbie przypadków tuberkulina, a we wszystkich przypadkach zołzów i w przypadkach gruźlicy pozapłucnej (skóra, stawy, kości i t. p.) — naświetlania trzema lampami Kischa.

Jeżeli przychodnia przeciwgruźlicza niezbyt wiele może dać środków leczniczych, to jednak sam fakt skierowania uwagi społeczeństwa, władz szkolnych i rodziców na zagadnienia gruźlicy, postawienie rozpoznania i stała kontrola dzieci podejrzanych i chorych, ma wielką wartość społeczno-zapobiegawczą. Dowodem empirycznym jest popularność, jaką się cieszy poradnia sekcji do walki z gruźlicą w Łodzi.

Przegląd piśmiennictwa.

Zentralblatt f Chirurgie.

Nr. 1. 1925.

R. H a b s. **Środki nasercowe przy nagłem osłabieniu krążenia.** Autor, po omówieniu automatyzmu mięśnia sercowego i zależności tegoż od pewnych ośrodków nerwowych. przechodzi do omówienia poszczególnych grup środków nasercowych, ważnych przedewszystkiem dla chirurga, który najczęściej może się spotkać z ostremi zaburzeniami w krążeniu.

I tak grupa *Digitalis* przez podniesienie sprawności mięśnia sercowego, usunięcie ekstrasystoli i pobudzenie ośrodka nerwu błędnego daje w konsekwencji zwolnienie akcji serca. Na naczyuia działa zwężająco prócz naczyń nerkowych, co powoduje diurezę. Przy nagłem osłabieniu krążenia wcho dzi mniej w rachubę, gdyż działa za powoli.

Kamfora posiada podobne działanie co *digitalis*. W ostatnim czasie poczęto stosować wodny roztwór kamfory

(0,02 w 1 cm^3). Preparat ten szybciej się wchłania, a zatem prędzej działa, daje się dokładniej dawkować i można go użyć do wstrzykiwań śródżylnych i śródsercowych.

Hexeton jest preparatem syntetycznym, w działaniu podobnym do kamfory. Może on w zupełności zastąpić kamforę, jak świadczy o tem odnośne piśmiennictwo.

Koffeina i *strychnina* stanowią środki, których używać należy zgodnie z odnośnemi postulatami farmakologji.

Adrenalina jest środkiem wybiórczo-działającym na naczynia. Przez zadziałanie na współczulne zakończenie nerwowe w naczyniach powoduje ona ich zwężenie, szczególnie w zakresie *splanchnicus*, naczynia wieńcowe zaś serca rozszerza. Adrenalina działa bardzo krótko. Przy podskórnem podawaniu może dać nekrozę, przy częstszem jej podawaniu stwierdzano uszkodzenia nerek, nekrotyczne ogniska w wątrobie i płucach, jakoteż zawały w sercu. Najlepiej ją stosować w postaci stałego śródżylnego wlewania kropelkowego (*Tröpfchendauerinfusion*) względnie przy nagłem ustaniu czynności serca, jako śródsercowe wstrzykiwanie (0,5 roztworu 1:1000).

Hypophysyna, pituitryna i *pituglandol* działają podobnie, jak adrenalina.

Azotyn amylowy jest środkiem do wdechiwania, który powoduje znaczne rozszerzenie naczyń. Ma duże znaczenie przy ostrej anemji mózgu (zatrucie kokainą, ciężkie omdlenia).

Dla poszczególnych stanów chorobowych należałoby postawić następujące wytyczne:

W skrwawieniach należy uzupełnić przedewszystkiem ilość krwi przez śródżylne wlewanie. Początkowo można wlewać szybko, dopóki nie osiągniemy ciśnienia 80 mm Hg, później t. j. do 100 mm Hg powoli.

W zapadzie (kollapsie) stosujemy kamforę i adrenalinę, przy potach atropinę (0,001).

Przy wstrząsie (shocku) polecamy koffeinę względnie strychninę.

O. Hahn. **Sprawa sympatektomji periarterjalnej.** Wśród fizjologicznych następstw sympatektomji periarterjalnej wysuwają się na plan pierwszy dwa zjawiska, a mianowicie przekrwienie poniżej miejsca operowanego i ustanie charakterystycznych bólów. Autor zastanawia się nad teoretycznemi danemi, które do tych zjawisk doprowadzają i przytacza poglądy rozmaitych autorów, którzy się w tej materji wypowiedzieli. Zdaniem autora naczynia posiadają podwójne unerwienie centropetalne, jedno biegnące podłużnie razem z naczyniami, które przy s. p. usuwamy, drugie zaś dochodzące do naczyń jedynie segmentarnie od nerwów mieszanych. To ostatnie nie dopuszcza do zupełnego zniesienia *tonus* danego naczynia i zabieg operacyjny zupełnie na nie nie wpływa.

R. Ahrens. **Modyfikacja sympatektomji periarterjalnej.** Z powodu przykrych powikłań, jakie może dać sympatektomja, autor modyfikuje ją w ten sposób, że nacina przydankę naczyniową 1—1½ cm dług., poczem na tępo oddziela ją okrężnie od *tunica media.* W ten sposób uzyskuje te same następstwa, jakie daje operacja Leriche'a. Modyfikację swoją stosuje przy ostrych stanach chorobowych, jak w ropnem zapaleniu pochewek ścięgien, przy skomplikowanem złamaniu podudzia i w kontrakturze Dupuytren'a — jako zabieg dodatkowy.

H. Flörcken. **O znaczeniu powiększonych gruczołów chłonnych żołądka dla rozpoznania wrzodu żołądka i dwunastnicy i dla wskazania do resekcji.** Na podstawie własnej statystyki, obejmującej 196 operowanych przypadków, stwierdzał autor w 50% powiększone gruczoły, zwłaszcza przy wrzodach, usadowionych na małej krzywiźnie.

Powiększenie gruczołów chłonnych żołądka może być wyrazem stanu zapalnego, którego punktem wyjścia jest wrzód albo też skutkiem *gastritis,* która towarzyszy tak często wrzodowi.

Niezależnie od kiły gruczoły chłonne żołądka mogą być powiększone przy procesach chorobowych dróg żółciowych, albowiem oba systemy chłonne pozostają ze sobą w związku. Co się tyczy rozpoznania i wskazań, samo powiększenie gruczołów o niczem nie decyduje. Należy się oprzeć jeszcze o inne objawy.

R. Klaus. **Z techniki resekcji żołądka.** Autor podaje wyniki, jakie osiągnął w 12 przypadkach przy pomocy aparatu, podanego przez Petza do maszynowego zszywania zespolenia żołądkowo-jelitowego. Aparat ten przy zabiegach na żołądku daje bardzo dobre wyniki.

H. Ehrlich. **O opanowywaniu krwotoków przy operacjach żołądkowych.** W miejscu operowanem wstrzykuje autor podsurowicówkowo i podśluzówkowo 5% roztwór żelatyny w ściany żołądka, względnie jelita. Ostatnio stosował ten sposób przy wycięciu gruczołu krokowego.

K. Urban. **Z chirurgji wątroby lukrowanej (Zuckergussleber).** Zabiegi chirurgiczne przy wątrobie lukrowanej ograniczały się dotychczas do punkcji, zwykłej laparotomji i operacji Talmy.

Pierwsze dwa zabiegi działają tylko przejściowo, a także przyszycie sieci nie może dać dobrych wyników, gdyż zbita tkanka łączna, otaczająca wątrobę, ma nieszczególne warunki do wytworzenia krążenia ubocznego.

Autor podaje nowy sposób leczenia operacyjnego wątroby lukrowanej, który w jego przypadku dał bardzo dobre wyniki. Nacina on szeroko płaszcz łącznotkankowy, w który spowita jest wątroba, oddziela go dokładnie na całej jej powierzchni, aż do wnęki wątroby, i usuwa. Miąższowe krwawienie z wątroby tamuje przy pomocy gazików, napojonych 3% H_2O_2.

N. Grzywa. **Wstrzykiwania atofanu celem uśmierzenia bolów pooperacyjnych.** Autor używa od roku preparatów atofanu, w szczególności podaną przez Mendla leukotropinę, zawierającą w sobie i urotropinę. Preparat ten podaje śródżylnie zaraz po operacji, a nawet profilaktycznie 12—24 godzin przed operacją. Bezpośrednio po podaniu leukotropiny występuje zniesienie bolów, utrzymujące się około 10 godzin nawet w tych przypadkach, gdzie alkaloidy zawodzą. Preparatowi temu przypisują również działanie przeciwzapalne.

W. Dobrzaniecki (Lwów).

Archives d'ophtalmologie.
T XLI. Nr. 11. 1924.

Michail. **Conjunctivitis pseudo-membranacea eosinophilica na tle anafilaksji względem atropiny.** Zakraplanie atropiny do oczu przez czas dłuższy wywołuje u niektórych osobników, odczyn zapalny na spojówkach, zwany *conjunctivitis atropinica.* Rzadkie to zapalenie spojówek przebiega pod trzema postaciami klinicznemi: a) *Conj. Catarrhalis,* b) *Conj. follicularis* i c) *Blepharitis atropinica;* ta ostatnia forma zazwyczaj nie występuje samodzielnie lecz towarzyszy dwu poprzedzającym. Autor miał możność spostrzegania ostrego zapalenia spojówek po jednorazowem wkropleniu atropiny, co dotychczas nie było znane. Po jednorazowem wkropleniu 1% atropiny wystąpiło ostre zapalenie spojówki, którego przebieg nie miał charakteru ani nieżytowego (brak wydzieliny), ani follikularnego lecz natomiast pojawiły się na spojówkach błony rzekome, w których mikroskopowo stwierdzono dużą ilość eozynofilów. Prócz tego pojawiły się nacieczenia na rogówce i nastrzykanie tęczówki. Objawy zapalne ustąpiły dopiero po 3-ch miesiącach. Gdy teraz autor zapuścił swemu choremu skopolaminę 0.25%, to objawy zapalenia znów wystąpiły, ale już z mniejszem natężeniem. Tak samo objawy wracały po zakropleniu homatropiny. Obraz kliniczny choroby w tym przypadku odbiega od opisywanych atropinowych zapaleń spojówki, gdyż występują tu nowe objawy: a) tworzenie się błon wysiękowych, b) zajęcie rogówki i tęczówki, c) eozynofilja i d) długi czas trwania zapalenia, dawniej nie spostrzegane. Ponadto osobnik ten okazywał wybitną nietolerancję na wszelkie midrjatica, gdyż zarówno po atropinie jak i po innych z tej grupy alkaloidach, występowały zawsze te same objawy zapalne. Tylko adrenalina była dobrze znoszona.

Autor tłumaczy powstanie całego schorzenia i wszystkich mu towarzyszących objawów anafilaksją atropinową i popiera to następującemi dowodami: Chory jego przed ośmiu laty był leczony przez czas dłuższy z powodu chro-

nicznego zapalenia tęczówki atropiną, która nie wywoływała u niego wówczas żadnych objawów zapalnych na spojówce. Teraz po jednorazowem zakropleniu atropiny wystąpiły odrazu silne objawy zapalne, którym towarzyszyła eozynofilja. Osobnik ten został więc uczulony najwidoczniej atropiną i zachował nadwrażliwość przez długi czas nie tylko wobec atropiny, ale także wobec środków pokrewnych atropinie i rozszerzających źrenicę. *Zachert* (Kraków).

Med. klin.

Nr. 1. 1925.

Stock. **O gruźlicy gałki ocznej.** Autor ogranicza się do treściwego omówienia spraw gruźliczych jagodówki i siatkówki. Gruźlicę jagodówki przedstawia w kilku postaciach zmian klinicznych i anatomicznych. Pierwszą postacią napotykaną najczęściej w przypadkach *tuberculosis miliaris* (95%) są rozsiane gruzełki naczyniówki. W tych przypadkach bardzo rzadko spotyka się zmiany gruźlicze w tęczówce i w ciałku rzęskowem. Drugą postać gruźlicy i jagodówki stanowią przypadki pojedynczych gruzełków przypominających wielkością swą nowotwór. Gruzełek ten w dalszym przebiegu swym rozwija się nie ku wewnątrz gałki ocznej jak raczej na zewnątrz przebijając, twardówkę po uprzedniem jej zniszczeniu. Ta postać gruźlicy jast stosunkowo rzadką. Dalszą postacią gruźlicy jagodówki jest gruźlicze zapalenie całej gałki ocznej (panophtalmia). W tych trzech rodzajach klinicznych zmian gruźliczych rokowanie dla życia jest bardzo niepomyślne a to ze względu na bardzo zły stan ogólny, któremu zazwyczaj te zmiany oczne towarzyszą. Podobnie jak w naczyniówce spotyka się na tęczówce pojedynczy gruzełek, który szerząc się, niszczy rogówkę i twardówkę. W przypadkach tych rokowanie dla życia nie jest niepomyślne, jednak proces ten prowadzi do utraty oka. We wszystkich tych postaciach możemy klinicznie, anatomicznie i bakterjologicznie stwierdzić gruźlicę. Natomiast w najczęstszej formie tak zwanej *uveitis chronica* nie udaje nam się częstokroć stwierdzić w sposób bezpośredni gruźlicy. Schorzenie to postępuje skrycie dla chorego i prowadzi w końcu albo do jaskry następowej albo też do zaniku gałki ocznej przez zrosty w ciele szklistem, odczepienie siatkówki i t. d. Leczenie tych przypadków polega (jako leczenie bierne) na unieruchomieniu oka (przez atropinę i t. d.), i (jako czynne leczenie) na leczeniu tuberkulinowem obok pewnej diety i podawania wewnętrznego przetworów związków krzemowych.

Gruźlica siatkówki występuje najczęściej pod postacią krwotoków siatkówkowych jako następstwo schorzenia gruźliczego żył siatkówkowych. Krwotok taki po pewnym czasie ustępuje ale może się kilkakrotnie powtarzać. Schorzenie to znane dawniej pod nazwą *haemorrh. retinae recidivans* daje na ogół złe rokowanie dla wzroku, albowiem prowadzi często do odczepienia siatkówki, niektóre jednak przypadki goją się zupełnie. Leczenie podobne, jak przy *uveitis chronica*. Wewnętrznie wskazanem jest podawanie żelatyny (w potrawach), aby umożliwić krzepnięcie krwi.

Przy końcu autor przyznaje wielką chwiejność i niepewność w stosowaniu różnych sposobów leczenia i zachęca do doświadczalnych badań w tym kierunku u zwierząt.

Karelus (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 8.: H. Higier: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. — S. Sterling: Klasyfikacja gruźlicy. — G. Raciążek: Teorja i praktyka współczesnego leczenia wapniem. — G. Bychowski: Momenty psychoanalityczne w psychozach. — G. Krukowski i K. Ponez: Rzadka postać twardziny. — H. Altkaufer: Opatrunki »przeźroczyste« po zabiegach chirurgicznych. — H. Altkaufer: Kilka uwag z powodu artykułu dr. P. Goldsteina p. t. Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy. — P. Goldstein: Odpowiedź. — K. Dłuski: O stosowaniu preparatów z laseczników Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy ze stanowiska klinicznego. — D. Nisengon: Gruźlica a wiek dziecięcy w świetle liczb. — M. Biro: Ś. p. dr. Józef Pawiński.

Nowiny lekarskie Nr. 15—16: A. Karwowski: Badania kliniczne nad bujaniami cewki moczowej u kobiet. — Bronowski: Ostra niedomoga mięśnia serca skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych. — A. Kuczewski: Próba stosowania serowakcyny przeciwgruźliczej. — W. Krzemiński: Przyczynek w sprawie schorzeń t. zw. natury czynnościowej.

Nr. 17.: A. Karwowski: Dokończenie tematu wyżej wymienionego. — Z. Dziembowski: Obrzęk śledziony wskutek zakrzepu pierwotnego żyły śledzionowej jako schorzenie odrębne pod względem anatomo-patologji, symptomatologji i leczenie. — Ig. Koniecpolski: Czynnik rasowy w ostrych chorobach zakaźnych w świetle statystyki Miejskiego Szpitala w Częstochowie. — A. Pallier: O wpływie czynników meteorologicznych na liczbę wypadków samobójstw w Warszawie.

Lekarz polski Nr. 4.: St. Tubiasz: Gospodarka sanitarna samorządów miejskich na podstawie budżetów z r. 1924. — J. Strowski: W sprawie uprawnień felczerów. — Głosy lekarzy. — Odpowiedzi Redakcji.

Zdrowie Nr. 6.: W. Miklaszewski: Walka z gruźlicą w Rzeczypospolitej Polskiej. — W. Pawłowski: W sprawie burs i stancyj uczniowskich wogóle, a lubelskich w szczególności. — W. Chodźko: Walka o opium.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej T. II. zesz. IV.: Ś. p. Józef Pawiński 1851—1925. — Statut Twa Internistów Polskich. — V. Zjazd Internistów Polskich 8.—11. VII. 1923 r. w Wilnie. — M. Franke: Patogeneza i znaczenie najważniejszych objawów klinicznych choroby Bright'a. — A. Landau: O chorobie Bright'a. — Wł. Janowski: Kamica żółciowa ze stanowiska medycyny wewnętrznej.

Przemysł Chemiczny Nr. 7. i 8.: Ś. p. Dr. Stefan Pobóg Niementowski. — T. Kuczyński: O adsorbcji. — L. Wasilewski: Elektrolityczne otrzymywanie cynku. — G. Weisenberg i E. Kroch: O absorbcji selektywnej i jej zastosowaniach technicznych.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften, (Monachium, I. F. Lehmann) 1925. Nr. 6. (Cena 2 mk.).: Finkelstein: O nie-endemicznych powiększeniach tarczycy u dzieci. — Prof. Kleinschmidt: Zęby i ząbkowanie. — Prof. Huster: Kilka ważnych zagadnień pedjatrycznych.

Nr. 7. Lipiec 1925. (Cena 2 m. n.): Prof. Freund: Psychonerwice a ginekologja. — Prof. Holzbach: Istota zapalenia otrzewnej. — Prof. Sachs: Klinika zaburzeń połogowych. Prof. Lahm: Przegląd publikacyj położniczych i ginekologicznych.

Nr. 8. Cena 2 m. n.: Doc. Handovsky: Prawo biologiczne Arndt-Schulza i jego znaczenie dla lecznictwa. — Fromherz: Drogi, wyniki i cele badania hormonów. — Prof. Determan: Leczenie głodzeniem. — Prof. Strauss: Przekrwistość (plethora) i jej usuwanie. — Fleischner: Rozpoznanie rentgenowskie chorób płuc. — Laqueur: Nowoczesne leczenie prądem zmiennym.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 11. marca 1925 wspólnie z Tow. Neurologicznem w klinice neurologicznej.

Przewodniczący prof. Piltz. Obecnych 80.

1. Kol. Ślączka opisuje przypadek stwardnienia guzowatego u mężczyzny 20-letniego nieobarczonego dziedzicznie z którego w ciągu roku rozwinął się zespół objawów guza kąta mostowo-móżdżkowego. Chory inteligencji miernej nie miał nigdy objawów epileptycznych. Po miesiącu pobytu w klinice nastąpiło nagłe zejście wśród objawów ucisku rdzenia przedłużonego. Sekcja wykazała: na powierzchni mózgu typowe objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, miernego stopnia wodogłowie wewnętrzne, znaczne powiększenie prawej półkuli móżdżkowej, która wciskała się daleko ku przodowi, silnie uciskając most. Badanie histologiczne guzowato zmienionej części móżdżka, dokonane przez prof. Ciechanowskiego, stwierdziło, iż mamy do czynienia z niezwykle dużem ogniskiem stwardnienia guzowatego. Elementy nerwowe i glejowe ogniska, bujając nowotworowo, dały histologiczny obraz gangliogliomeuroma. Prelegent pokazuje preparaty mikroskopowe mózgu barwione metodą Weigerta-Giesona i tolluidyną. Następnie omawia etjologję, obraz anatomo-patologiczny i przebieg kliniczny *sclerosis tuberosa*. Podnosi niektóre niezwykłe cechy przedstawionego przypadku, podkreśla podobieństwo klinicznego obrazu do przypadku opisanego przez Orzechowskiego i Nowickiego, porównuje obraz histologiczny z przypadkiem opisanym osta-

tnio przez Bielschowsky'ego, gdzie główne ognisko było również usadowione w móżdżku. Nakoniec podnosi brak danych, tyczących się ewentualnych zmian innych narządów, co pochodzi stąd, że ze względu na rodzinę zmarłego musiano ograniczyć sekcję do wyjęcia samego mózgu.

2. Kol. Sikorska w swoim odczycie p. t. »**Pląsawica i stany pokrewne**« zaznacza, że studja nad *encephalitis lethargica* zmusiły neurologów do rewizji dotychczasowych pojęć w wielu dziedzinach, a także w dziedzinie pląsawicy, szczególnie w sprawie ruchów pląsawiczych i anatomo-fizjologicznego ich podkładu.

Pedantyczny badacz pląsawicy André Thomas rozróżnił w chaosie ruchów pląsawiczych 2 rodzaje:

1) Ruchy o dużej rozległości, mimowolne, ale do pewnego stopnia podlegające wpływom woli, potęgujące się przy emocjach i wysiłkach.

2) Ruchy w postaci krótkich skurczów toniczno-klonicznych, niezależnych w przeciwieństwie do pierwszych od woli i afektu.

Podział ten jest bardzo podobny do podziału ruchów zdarzających się przy *encephalitis lethargica*, podziału dokonanego przez S. Pieńkowskiego, który dzieli te ruchy na bradykinetyczne — krótkie i megakinetyczne długie; rozległe. Prelegentka pokazuje jeden przypadek pląsawicy ostrej połowiczej u dziewczynki 11-to letniej, u której przeważają ruchy bradykinetyczne i przypadek pląsawicy chronicznej, trwającej 4 lata u 49-letniej kobiety, u której spostrzega się ruchy brady i megakinetyczne.

Podkreśla podobieństwa i różnice ruchów bradykinetycznych w pląsawicy i 1) w przypadku tiku u neuropaty, 2) myoklonji brzucha, pochwy i odbytnicy rytmicznej i synchroniczej u kobiety, cierpiącej na *encephalitis lethargica*, 3) rytmicznego drżenia w przebiegu *paralysis agitans* 4) takiegoż drżenia przy objawach parkinsonowskich w przebiegu paraliżu postępującego, 5) ruchów bradykinetycznych i megakinetycznych w *encephalitis leth.* Podkreśla istnienie ruchów megakinetycznych o charakterze atetoidalno-choreatycznym:

1) w przypadku zespołu thalamicznego Dejerine'a i Roussy u 36-letniego mężczyzny,

2) atetozy idiopatycznej, która rozwinęła się powoli w 18 r. życia u 28-letniej obecnie dziewczyny,

3) w 2 przypadkach encephalopatji u 6-letniego chłopca i 37-letniego mężczyzny.

S. podnosi, że pląsawica pod względem ruchów ma wiele wspólnego z innemi schorzeniami i trudno ją czasem odgraniczyć. Jeszcze więcej trudności przedstawia pod względem anatomicznym, gdyż według ostatniej monografji Babonneix »Les chorées« zmiany w mózgach choreatyków są umiejscowione czasem tylko w korze, czasem tylko w jądrach podkorowych, czasem w okolicy *pedunculi cerebri*. Te różnorodne siedziby dają podobne objawy.

Być może, że mamy tu do czynienia z przerwaniem połączeń jądra czerwonego, które ma mieć tak wielkie znaczenie w powstawaniu ruchów postawnych, w którym łączą się podniety z kory, jąder podkorowych i móżdżka.

3. Kol. Medyński wygłasza odczyt p. t. »**O eunuchoidyźmie**«. Podkreśliwszy doniosłe znaczenie w nowoczesnej medycynie zagadnień konstytucjonalnych i wewnętrzno-wydzielniczych prelegent przechodzi do omawiania związku budowy ciała z właściwościami psychicznemi oraz zwraca uwagę na wpływ gruczołów płciowych w okresie dojrzewania na kształtowanie się profilów psychicznych. Szczegółowo omawia rozwój pojęcia o »Eunuchoidyzmie« od prac Griffitha i Duckwortha przez Tandlera i Grossa aż do czasów najnowszych. Dalej charakteryzuje typy eunuchoidów olbrzymów i eunuchoidów otyłych oraz eunuchoidyzm pierwotny i wtórny. Po omówieniu szczegółów budowy ciała eunuchoida przechodzi prelegent do scharakteryzowania psychiki eunuchoidalnej. Omawia poglądy na psychikę eunuchoida różnych badaczów szczególnie Kraepelina, Fathy, Hirszfelda, Sterlinga i innych.

Z własnych spostrzeżeń stwarza sylwetkę eunuchoida, którą cechuje podatność na wpływy z zewnątrz, egocentryzm, niekonsekwencja, niezdecydowanie, podejrzliwość, apatyczność, zamknięcie się w sobie, przy często dość dobrze zachowanej inteligencji. Eunuchoid reprezentuje psychiczny i psychoseksualny infantilizm. Następnie mówca przeszedł do ujęcia eunochoida z punktu widzenia nauki Kretschmera, a związawszy go z typem dysplastycznym, zwrócił uwagę na podobieństwo cech charakteru eunuchoidalnego ze schizotonicznym. Kretschmer, jak wiadomo, podnosi fakt, że procent indywiduów z całkowitym lub częściowym eunuchoidyzmem w schizofrenji jest dość duży. Prelegent badał w tym kierunku chorych schizofreników na klinice psychjatrycznej i w całej rozciągłości potwierdza poglądy Kretschmera, wykazując jednocześnie żywe analogje między objawami i rozwojem życia eunuchoidalnego i schizofrenicznego. Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe w dniu 20. marca 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski. Obecnych 104 członków.

Ciąg dalszy.

5. Kol. Jankowski przedstawia **przypadek podostrej myelozy**, leczonej w klinice lekarskiej. Schorzenie to rozwinęło się u osoby 28 lat liczącej z przyczyn, trudnych do określenia. Choroba rozwinęła się dość nagle zmianami w dziąsłach i gardle, poczem zjawił się obraz, przypominający chorobę infekcyjną. Wobec ujemnego wyniku próby Widala i Weila i bezskuteczności stosowanych środków, przywieziono chorą do kliniki lekarskiej.

Pierwsze badanie chorej — stwierdziło, co następuje: Powłoki zewnętrzne bardzo blade, na skórze ogniska łuszczycy, gdzieniegdzie bardzo nieliczne drobne wybroczynki. Błona śluzowa jamy ust barwy sinawo-czerwonej, na dziąsłach obrzękła, tuż przy zębach wąski rąbek ropny, przy ucisku wydobywa się nieco ropy; dziąsła łatwo krwawią. Migdałki oba powiększone, na lewym czopek ropny. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona. Gruczoły chłonne podjęzykowe macalne, bolesne. Płuca bez zmian. Serce bez zmian. Wątroba nieco powiększona. Śledziona bardzo nieznacznie powiększona. Z badań dodatkowych posiew krwi z wynikiem ujemnym, badanie moczu wykazało białko, w osadzie nieliczne ziarniste wałeczki. Badanie cytologiczne krwi wykazało:

Ilość ciałek białych 2.500, ciałek czerwonych 1,500.000, % hemoglobina 37. Skład procentowy ciałek białych: myeloblastów 83%, promyelocytów 6,6%, myelocytów 0,6%, metamyelocytów 1%, neutrofilów młodych 0,4%, monocytów 2%, limfocytów 12,4%; nieliczne ciałka czerwone jądrzaste. Płytki Bizozzera 57.000.

Obraz krwi, nagły początek, szybko rozwijający się ciężki stan z wysoką gorączką, objawy ciężkiej niedokrewności — postępującej już w czasie niedługiej obserwacji klinicznej (następne badanie krwi po 5 dniach — ciałek czerwonych 1,160.000 % Hb 30 przy podobnym składzie ciałek białych) uzasadnia rozpoznanie. Ze szczegółów J. podnosi stosunkowo nieznaczne objawy skazy krwotocznej, brak znaczniejszego powiększenia śledziony, charakterystyczne zmiany w jamie ustnej, objawy zapalenia nerek, jako powikłanie zazwyczaj przy tego rodzaju sprawach notowane. J. omawia nowsze poglądy na etjologję tego rodzaju schorzeń, które mają być odczynem szpiku, konstytucjonalnie mniej wartościowego na bodźce zewnętrzne, głównie na infekcje. Prognozę należy stawiać z rezerwą gdyż, jak przypadek opisany przez Türka wskazuje, obrazy hematologiczne, imitujące zupełnie ostrą białaczkę, mogą dawać schorzenia, ustępujące po leczeniu przyczyny, która je wywołała. W leczeniu należy uwzględniać przedewszystkiem preparaty arsenowe.

W dyskusji kol. Rencki podnosi zmiany na dziąsłach, przebieg podostry, omawia skład krwi. Badanie na oksydazy potwierdza rozpoznanie. Stan chorej obecnie bardzo ciężki, chora nieprzytomna, majaczy. Rokowanie zupełnie niepomyślne.

6. Kol. Stefek przedstawia:

a) rzadki przypadek **ziarnicy złośliwej**, której pierwsze objawy chorobowe wystąpiły ze strony układu kostnego. Chory lat 36, przyjęty do kliniki lekarskiej 28. XI. 1924 roku podaje, że przed dwoma laty wystąpiły silne bóle w okolicy kości krzyżowej oraz stawu biodrowego prawego, promieniujące ku kończynie dolnej prawej. Leczony był wówczas na rwę kulszową. Przed rokiem zauważył niebolesne powiększenie gruczołów chłonnych pachwinowych lewych, następnie prawych, z kolei pachowych i karkowych, dochodzące wielkości od orzecha włoskiego do jaja kurzego. Po pięciu tygodniach wystąpiło silne swędzenie skóry, zwłaszcza w nocy, oraz bóle w okolicy krzyżowej, promieniujące ku obu kończynom dolnym tak silnie, iż chodzenie stało się niemożliwe. Równocześnie zjawiły się zwyżki ciepłoty ciała, dochodzące wieczorem do 38,5° C bez dreszczy oraz obfite poty nocne. Badanie przedmiotowe chorego wykazuje: Skóra blada z odcieniem szaro-brązowym, sucha, pokryta licznemi smugowatemi bliznami po drapaniu, zwłaszcza na tułowiu i kończynach dolnych. Odżywienie liche. Ciepłota ciała 37,6° C. Na głowie zmian żadnych, w klatce piersiowej po stronie prawej zrosty opłucnowe, w zakresie płuc objawy rozlanego nieżytu oskrzeli. Serce bez zmian. W narządach jamy brzusznej wątroba 2 palce niżej łuku żebrowego prawego, gładka, twarda, o brzegu ostrym, na ucisk tkliwa. Śledziona 3 palce niżej łuku żebrowego gładka, twarda, niebolesna. Gruczoły pachwinowe, pachowe, szyjne i nadobojczykowe obustronnie wielkości od ziarnka grochu do jaja kurzego twarde, gładkie, niektóre zrośnięte, tworzą pakiety ze skórą i z podstawą niezrośnięte, przesuwalne, niebolesne. W okolicy kości krzyżowej głównie ku stronie prawej obrzęk ciastowaty skóry. Kość krzyżowa, dolne kręgi lędźwiowe i talerz biodrowy prawy na ucisk bardzo bolesne. Odczyn Wassermanna ujemny. Pirqueta z *tuberc. typ. bovin* i *human.* ujemne. Badanie cytologiczne krwi w czasie 5-miesięcznego pobytu chorego na klinice wykazuje: Ciałek białych 10.700 - 18.600, ciałek czerwonych 3,385.000 do 1,880.000. Hb 63—35 według Sabliego. Skład procentowy ciałek białych: Leukocyty obojętno-chłonne 73,8—82,4%, l. kwaso-chł. 0,4—7,2%, limfoc. 13,6—18%, monocytów 1,6—8,8%. W moczu stale ślad białka, w osadzie nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste. Odczyn dwuazowy Horlida w moczu stale ujemny. Ciepłota ciała wykazuje okresowe zwyżki, trwające 6—13 dni, dochodzące do 38,6° C. Badanie mikroskopowe wyciętego gruczołu pachowego wykonane w Zakładzie anatomo-patolog. U. J. K. przedstawia typowy obraz ziarnicy. Zdjęcia roentgenologiczne 4. XII. z okolic dolnych kręgów lędźwiowych, kości krzyżowej

i talerzy biodrowych wykazuje: W dolnych kręgach lędźwiowych drobne liczne ogniska rozrzedzenia, które siateczkowato pokrywają trzony kręgów III—V. Trzony kręgów malatyczne lekko spłaszczone. Siateczkowate ogniska rozrzedzenia zlewają się razem w skrzydłach kości krzyżywej, tworząc ubytki wielkości orzecha laskowego. Kontury ubytków nieregularne, wewnątrz szczątki beleczków kostnych. Zmiany podobne występują też w talerzach biodrowych, gdzie w bocznych częściach, zlewając się, tworzą duże ubytki. Szkielety stawów biodrowych o prawidłowej strukturze i konturach. Zdjęcia 22. II. i 15. III. wykonane wykazują zmiany w kościach wyżej wymienionych dalej rozwinięte w porównaniu ze stanem z 4. XII.

b) Przypadek **choroby Mikulicza** o tyle niezupełny, iż gruczoły łzowe nie zostały objęte sprawą chorobową. Chory lat 55, przyjęty do kliniki 21. II. b. r. podaje, iż przed 10 tygodniami wśród dreszczów i gorączki wystąpiło powiększenie niebolesne gruczołów chłonnych podszczękowych, pachwinowych, pachowych, karkowych oraz gruczołów przyusznych. Dreszcze i gorączka powtarzały się co pewien czas. Badaniem przedmiotowem stwierdza się powiększenie wyżej wymienionych gruczołów chłonnych, dochodzących wielkości orzecha włoskiego, gładkie, twarde ze sobą i z otoczeniem niezrośnięte, na ucisk niebolesne. Gruczoły przyuszne obustronnie wielkości pięści średnio twarde nietkliwe. Wątroba i śledziona powiększone. Ciepłota ciała niepodwyższona. W moczu ślad białka, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, odczyn dwuazowy Ehrlicha słabo dodatni. We krwi ciałek białych 4.300, leukocyt. obojętn. 59,6%, z przesunięciem jąder we krwi, l. kwasochł. 16,4%, limf. 16,8%. W stolcu obecności jaj pasorzytów nie stwierdza się. Odczyn Pirqueta i Wassermanna ujemny. Badanie mikroskopowe wyciętego gruczołu wykazuje atypową postać ziarnicy, w dość wczesnym okresie rozwoju.

7. Kol. Emil M e i s e l s przedstawia **roentgenogramy kości ze zmianami ziarniczemi.** Zmiany ziarnicze w kościach występują zdaje się dość często; mimo to dopiero w ostatnich czasach zwrócono na to uwagę. Najczęściej spotyka się je w szkielecie miednicy i w kręgach lędźwiowych. W przypadku przedstawionym można dokładnie śledzić ich rozwój. Początkowo były tylko ogniska rozrzedzenia o ostrych, lecz nieregularnych konturach w bocznych częściach kości krzyżowej. Z czasem rozszerzyły się na przylegające części kości biodrowych, dochodząc do wielkości dużego orzecha laskowego. Obecnie zajęte są również dolne kręgi lędźwiowe. Tutaj wystąpiły liczne drobne, okrągławe ogniska, które jakby siatką pokrywają te kręgi. Te ogniska spowodowały zmiękczenie trzonów kręgowych i w następstwie spłaszczenie ich. Jako odczynna zmienione warunki statyczne wystąpiły na krawędziach kręgów hakowate i dziubowate wyrostki.

Otaczająca ogniska rozrzedzenia tkanka kostna nie wykazuje zmian zanikowych, ani sklerotycznych.

Charakterystycznem w rozpoznaniu różniczkowem zmian ziarniczych jest duża ilość stosunkowo drobnych ognisk rozrzedzenia, o wyraźnych, nieregularnych konturach bez większych zmian w strukturze części kostnych w otoczeniu ognisk.

W dyskusji kol. R o t h f e l d zaznacza, że przypadek ten zna z I. okresu choroby, z przed roku, przed wykonaniem I-go zdjęcia. Rozpoznawał wtedy typową rwę kulszową. Dopiero po roku badanie Roentgenem wykazało zmiany w kościach. Podnosi, ze przypadek ten wskazuje, jak trzeba być ostrożnym z rozpoznawaniem rwy kulszowej.

8. Kol. C z e ż o w s k a przedstawia przypadek **ziarnicy złośliwej,** pozostający od 5 lat w obserwacji kliniki lekarskiej, a zasługujący na uwagę ze względu na chroniczny przebieg, jak i nietypowość objawów, które w początkowych okresach schorzenia nie pozwoliły ustalić właściwego rozpoznania.

Ścisłe ograniczenie schorzenia do gruczołów chłonnych pachy prawej, brak powiększenia śledziony, podwyżek ciepłoty i diazoreakcji w moczu, jak też normalna ilość leukocytów, skłoniły zrazu do postawienia klinicznego rozpoznania *lymphosarcoma Kundrata.* Zastanawiał jedynie wysoki procent ciałek eozynochłonnych we krwi. Rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone przez badanie histologiczne wyciętego gruczołka, wykonane w zakładzie anatomo-patologicznym. Pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena, guz w krótkim czasie znikł zupełnie i chora, jako wyleczona, powróciła do domu, poddając się w następnych latach kilkakrotnie kontroli klinicznej.

W 3 lata po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych pojawił się w jamie opłucnowej prawej guz wielkości pięści, który równie szybko znikł po zastosowaniu naświetlań. Od kilku miesięcy stan chorej uległ pogorszeniu, pojawiły się podwyżki ciepłoty do 38,2°, znaczne osłabienie, obfite poty. Badanie przedmiotowe wykazało: gruczoły chłonne niepowiększone, znaczne powiększenie wątroby i nieznaczne śledziony.

Ilość ciałek białych nie przekracza 3.000 w 1 cm³, w moczu dodatni odczyn dwuazowy.

W czasie pobytu chorej na klinice zauważono pojawienie się na skórze tułowia i kończyn kilkudziesięciu guzków wielkości grochu, niebolesnych, częściowo zrośniętych ze skórą. Opierając się na obecnym obrazie klinicznym, rozpoznano u chorej ziarnicę złośliwą o nietypowym przebiegu. Rozpoznanie to zostało potwierdzone przez zbadanie histologiczne guzka, wyciętego w Zakładzie anatomo-patologicznym, które wykazało zmiany, mogące odpowiadać drugiemu okresowi ziarnicy złośliwej.

W dyskusji kol. N o w i c k i: należy być wdzięcznym klinice za zajęcie się sprawą ziarnicy złośliwej. Wyrazem tego jest obfita ilość przypadków ziarnicy, rozpoznawanej w klinice. Ziarnica złośliwa nie należy do chorób rzadkich.

Co do przypadku, przedstawionego przez kol. Czeżowską, to pierwsze rozpoznanie anatomo-patologiczne skłaniało się ku *lymphosarcoma* Kundrata, obecnie zaś N. rozpoznaje ziarnicę złośliwą. To potwierdza jego zdanie, wypowiedziane na Zjeździe w Wilnie, że w I. okresie wczesnym obraz histologiczny jest niepewny. Jeżeli klinicznie mamy ziarnicę, to trzeba badać drugi raz histologicznie, i wtedy otrzymamy obraz ziarnicy złośliwej.

Omawia następnie guzki ziarnicze w skórze i podnosi konieczność badań histologicznych, gdyż wiele spraw ziarnicy rozpoznaje się jeszcze często, jako inne sprawy.

Stosunkowo wielki materjał kliniki tutejszej i sekcyjny poncza dosadnie, jak wysoce niektóre postacie ziarnicy mogą naśladować sprawy nowotworowe.

Kol. R e n c k i: badania krwi nie dają obrazu charakterystycznego dla ziarnicy złośliwej. Podnosi konieczność badań histologicznych. Zdaniem jego, ilość przypadków *lymphosarcoma* Kundrata stopniałaby znacznie przy dokładniejszem badaniu, gdyż wiele z nich okazałoby się ziarnicą złośliwą.

Następnie, omówiwszy przedstawione przypadki, przechodzi do etjologji.

Cały obraz kliniczny, powikłania opisywane nieraz w przebiegu ziarnicy złośliwej z gruźlicą prosówkową, obecność zmian gruźliczych w narządach i wykazywanie prątka gruźliczego lub ziaren Mucha — chociaż występują niezawsze, wskazują jednak, że przecież prątek gruźlicy ludzkiej lub bydlęcej, czy też może nieznana nam bliżej jego odmiana, odgrywa w tem schorzeniu przyczynową rolę.

Jak dotąd — według mówcy - nie można jeszcze zaprzeczyć pewnej łączności ziarnicy złośliwej z prątkiem gruźliczym lub też jego odmianami. Ostatnio Kuczyński uważa ziarnicę złośliwą za chorobę infekcyjną, za przyczynę której uważa spostrzegane przez siebie w komórkach Sternberga twory pośrednie między prątkiem Kocha, a grzybkiem promienicy. Wychodząc z poprzednich swych założeń i zdania Kuczyńskiego mówca zaczął stosować w klinice lwowskiej przy ziarnicy złośliwej *cuprum sulfuricum,* o wynikach jednak leczniczych z powodu dotychczas stosowania tego środka na małej ilości przypadków i krótkiego okresu czasu nie może na razie nic jeszcze powiedzieć.

Kol. N o w i c k i stwierdza, że badania Kuczyńskiego należy, według niego, traktować z wielkiem zastrzeżeniem. N. przeprowadzał badania całego szeregu przypadków ziarnic złośliwych, będących w obserwacji od szeregu lat, i nigdzie nie znalazł potwierdzenia poglądów Kuczyńskiego. Co do etjologji ziarnicy trudno przyjąć jedynie toksyczną naturę schorzenia. Należy szukać za zarazkami.

Co do gruźlicy — to od szeregu lat systematycznie szczepi morskim świnkom i rzeczywiście w 40% użytych do doświadczeń świnek znajdujemy gruźlicę po kilku miesiącach. Możnaby przyjąć tutaj pod uwagę formę bardzo osłabionej gruźlicy ludzkiej. N. spostrzegał u 3 ścianek zmiany histologiczne, podobne do zmian ziarniczych.

Kol. M e l l e r zwraca uwagę na próby leczenia ziarnicy złośliwej preparatem jodowym introcydem.

(Dok. nast.).

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 22. kwietnia 1925 r.

1. Kol. P e r l i s przedstawia przypadek **wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego** (*ectopia vesicae urinariae*) u 4-letniego dziecka niepewnej płci. Tylna ściana pęcherza moczowego wypukła się w postaci tworu kulistego w wyraźnie zakreślonym trójkątem Lieutauda, z wyraźnie występującemi ujściami moczowodów, z których mocz wycieka strumykiem. Brak pępka, liczne blizny w podbrzuszu, brak spojenia łonowego, prącie bardzo małe ze żłobkiem wzdłuż całej przedniej powierzchni, moszna słabo rozwinięte, jądra nieobecne.

2. Kol. S o n e n b e r g przedstawia 30-letnią kobietę, dotkniętą owrzodzeniem płaskiem, wielkości dłoni, znajdującem się w okolicy pośladkowej w bliskości odbytu, rozpoznane, jako — **pierwotna gruźlica właściwa skóry.**

3. T e n ż e przedstawia 26-letnią kobietę, u której na skórze dolnej części goleni znajduje się szereg zabarwionych nacieczeń, koloru sinawo-czerwonego, niewyraźnie odcinających się od otaczającej skóry, spoistości ścisłej. Skóra na miejscach nacieczonych jest po części nieuszkodzona, większość jednak nacieczeń ma skórę owrzodzoną, pokrytą strupami. Chora nie odczuwa bólu, miejsca te nie są również bolesne przy ucisku. Rozpoznano: »*Erythème induré de Basin*«.

4. Kol. S z m e r ł o w s k i przedstawia chorą po **zaśniadzie gronlastym,** oddzielonym od ścian macicy i wydobytym ręcznie z powodu silnego krwotoku.

5. Kol. M. Koecu wygłasza odczyt: »**Haemogram w praktyce**«.

Mówca omawia postępy hematologji w ciągu ostatnich lat 50-ciu; zatrzymuje się krótko na metodzie Arnetha różniczkowania białych ciałek krwi, wylicza ujemne strony tej metody i przechodzi następnie do metody Schillinga. Mówca opisuje dokładnie wzór morfologiczny według Schillinga, t. zw. haemogram, podaje normy poszczególnych grup białych ciałek, zwraca uwagę na ciałka czerwone, jak również na badania w grubej warstwie. Dokładniej omawia 3 okresy ostrego zakażenia, jak obraz krwi w przebiegu zespoleń przewlekłych i w przebiegu gruźlicy, poczem cytuje kilkanaście ciekawych przypadków z praktyki szpitalnej. W przypadkach nagłych liczenie białych lub czerwonych ciałek jest zbędne, można bowiem przy pewnej wprawie, oglądając mazankę przy małem powiększeniu, wnioskować o ilości białych ciałek. Badanie o warstwie grubej poza tem, daje nam pewne dane co do obrazu ciałek czerwonych, pozwala wykryć jeszcze pasorzyty; czasami w warstwie grubej łatwiej wykryć komórki kwasochłonne, niż w preparacie mazanym. Znalezienie jednej chociażby komórki kwasochłonnej odgrywa wielką rolę w przebiegu różnych schorzeń i pozwala wnioskować o dalszym przebiegu choroby.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Gliksman, Szyfman, Dawidowicz i Wierciński.

6. Kol. Szyfman wygłosił odczyt: »**Uwagi o djetetyce szpitalnej**«.

Na wstępie mówca podkreśla doniosłe znaczenie racjonalnej dietetyki szpitalnej dla lecznictwa, gospodarki szpitalnej, zwraca przytem kwagę, że chorzy, dotknięci chorobami żołądka, nerek, przemiany materji — tylko w szpitalu mogą się nauczyć, jak należy się odżywiać w domu. Po omówieniu głównych zasad dietetyki szpitalnej, stosowanych w szpitalach zachodnio-europejskich, mówca przechodzi do oceny krytycznej diet, stosowanych w szpitalach łódzkich. Wykazuje następujące strony ujemne: 1) brak ścisłego kryterjum przy podziale diety na tak zwane »porcje«, 2) stosowanie t. zw. diety ogólnej zarówno dla ludzi zupełnie zdrowych pod względem zdolności trawienia, jakoteż dla chorych o upośledzonym stanie narządów trawiennych, 3) utrzymanie dotychczas w jadłospisie szpitalnym porcji białkowo-tłuszczowej, przeznaczonej dla chorych na cukrzycę, 4) zupełny brak używek. Pożądane są wobec tego, zdaniem mówcy, następujące zmiany: ad 1) podstawą dla podziału diet szpitalnych winien służyć szczegółowo opracowany przez prof. Jurgensa z Kopenhagi — schemat; ad 2) zgodnie z propozycją prof. Jurgensa zamiast jednej porcji ogólnej winny być wprowadzone dwie: a) porcja domowa dla personelu i chorych, nie potrzebujących żadnego ograniczenia w diecie, b) porcja średnia »Merodiäte« dla chorych, nie dotkniętych chorobami żołądka, ale potrzebujących jednak diety łagodniejszej; ad 3) dla chorych na cukrzycę konieczną jest jaknajszerzej stosowana indywidualizacja diety, a diet sztandarowych powinno być dwie: jedna przy acedozie, druga przy cukromoczu, jak to już zostało zaprowadzone w szpitalu im. małż. Poznańskich; ad 4) winny być włączone do diety ogólnej używki. Mówca pokazuje jadłospis, opracowany dla szpitala Poznańskich w r. 1898 przez Dra Sterlinga, który prawie całkowicie odpowiada wyłuszczonym wyżej zasadom i który, zdaniem mówcy, winien służyć za punkt wyjścia przy opracowywaniu jadłospisu szpitalnego.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Chrzanowski, Rozenberg, Lewiówna, Mittelstaedt, Miklaszewski, Dynenson, Smoleński.

7. Kol. Sznewłowski pokazuje preparat **zaśniadu groniastego**, wydobytego u chorej, pokazywany na ostatniem posiedzeniu, wagi 3250 grm.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne we Lwowie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 marca 1925.

1. Kol. Leszczyński przedstawia a) chorą z **rozsianemi białemi guzami na ramionach i grzbiecie**; blizny przerosłe? *Morphaea guttata?* b) **z tuberkulidami guzkowomartwiczemi** na obu podudziach. Pirquet dodatni ze spóźnioną reakcją (w 3 dobie); c) chorą z ogólną osutką guzkową i obrzękami gruczołów, *Erythema exsudativum multiforme* — forma guzkowa? liszaj płaski czerwony, białaczka?

2. Kol. Salpeter pokazuje 65 l. chorą ze **zmianami drobno-guzkowemi na obu przedramionach** na dużej przestrzeni, o granicach ostrych, policyklicznych; w miejscach wyleczonych zaniki delikatne, powierzchowne. WK +. Posuwanie się sprawy, mimo leczenia swoistego (bizmut, jod, plaster rtęciowy).

3. Kol. Mierzecki przedstawia chorego z typowemi zmianami **kończastego liszaju czerwonego**, zwłaszcza na grzbietach rąk i nóg.

4. Kol. Ostrowski pokazuje chorego 23-letniego z **Psorospermosis follicularis vegetans** jednostronną — tylko po stronie lewej — ze ścisłem odgraniczeniem w linji środkowej, a to na tle rozległego znamienia barwikowego tych samych miejsc i z rozsianemi na reszcie ciała drobnemi wykwitami łuszczycowemi.

5. Kol. Nadel pokazuje chorego z ogólną **rybią łuską**.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 marca 1925.

1. Kol. Wepperówna pokazuje chorą z rozległem **nadmiernem owłosieniem** brody i twarzy, u której wykonała z biegiem czasu epilację przeszło 3000 włosów za pomocą elektrolizy z pomyślnym skutkiem. Przy tej sposobności mówczyni omawia szczegółowo patologję i terapję tego cierpienia, poruszając tylko krótko patogenezę.

2. Kol. Goldschlag pokazuje preparaty histologiczne z guzów u chorej, przedstawionej na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Leszczyńskiego. Obraz histologiczny przemawia raczej za **Morphaea guttata**, niż za koloidami.

3. Kol. Leszczyński przedstawia chorą ze zmianami na kończynach dolnych, odpowiadającemi **pierwszemu i trzeciemu okresowi twardziny skóry** (okres zapalny i zanikowy) i przemawiającem za tem, że *sclerodermia, anelodermia, atrophia maculosa* są różnemi okresami tego samego procesu chorobowego.

4. Kol. Mierzecki pokazuje a) chorego z **brodawkowym liszajem czerwonym** na podudziu lewem; b) chorego już raz pokazanego z niezwykłemi zmianami na całem ciele, gdzie rozpoznanie wahało się między *Mycosis fungoides, Poikiloderma, Lichen ruber planus*, obecnie nastąpiła pewna poprawa. Owrzodzenia wszystkie samoistnie pokryły się naskórkiem.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba lekarska.

Zarząd lwowskiej Izby lekarskiej zamierza uzupełnić zbiór dzieł i pism, odnoszących się do spraw zawodowych lekarskich i medycyny społecznej, i stworzyć w ten sposób w Izbie dział bibljoteczny z wymienionego zakresu medycyny. Wykonując uchwałę Zarządu z 11-go września b. r., zwracam się z uprzejmą prośbą do wszystkich Kolegów, aby zechcieli pisma i dzieła tego rodzaju ofiarować Izbie.

* * *

Zarząd lwowskiej Izby lekarskiej uchwalił na posiedzeniu w dn. 11. września zwrócić się do wszystkich Kolegów z przypomnieniem, aby popierali polski przemysł lekarski. Wykonując powyższą uchwałę, proszę wszystkich Kolegów, w imię dobrze zrozumiałego interesu narodowego, aby zechcieli przedewszystkiem pamiętać o środkach leczniczych, wyrabianych w kraju, i przedewszystkiem środki te stosować, jeżeli to nie sprzeciwia się dobru chorego.

We Lwowie, dnia 20 września 1925 r.

Dr. Papée m. p.

Lwowska Izba lekarska.

Zebranie Rady Izby.

Zebranie Rady Izby w dniu 29 marca 1925 odbyło się przy udziale 30 członków Rady pod przewodnictwem dr. Papéego.

Po przyjęciu do wiadomości sprawozdania tymcz. Komitetu wykonawczego Kasy pensyjnej przy Izbie Lekarskiej przystąpiono do omówienia projektu zaopatrzenia wdów i sierót, przedłożonego przez lekarzy ziemi sanockiej w miejsce wprowadzonego już od 1 stycznia 1925 na zasadzie uchwały Rady Izby z 2 listopada 1924 ubezpieczenia pensyjnego. Projekt sanocki opiera się na opłatach, ustanawianych z roku na rok, stosownie do liczby wdów i sierót, opłatach jednakowych dla wszystkich uczestników zaopatrzenia. Referent podnosi, że projekt sanocki ma charakter charytatywny, że w razie zmiany zasady ubezpieczenia po myśli tego projektu opłaty uczestników ubezpieczenia będą bardzo wysokie i że po kilku latach istnienia zaopatrzenia projektowanego może zapaść uchwała, kasująca zaopatrzenie, a w takim razie poszkodowani będą wszyscy, którzy płacili wkładki, a nie korzystali z zaopatrzenia, że wreszcie projekt pomija zupełnie ubezpieczenie inwalidzkie i ubezpieczenie na starość. Przeciwnie, ubezpieczenie już wprowadzone w życie jest oparte na podstawach realnych, gdzie ubezpieczony otrzyma świadczenia stosownie do uiszczonych opłat.

Zaproszony znawca asekuracyjny wygłasza przemówienie, z którego wynika, że projekt sanocki nie wytrzymuje krytyki. Kasa pensyjna Izby istniejąca jest pomyślana bardzo ostrożnie i prawdopodobnie w niedalekiej przyszłości będzie można zwiększyć świadczenia bez podwyższania opłat.

Wniosek referenta: »Rada Izby przechodzi do porządku nad projektem sanockim ubezpieczenia lekarzy Lwowskiej Izby Lekarskiej« przyjęto głosami wszystkich obecnych z wyjątkiem jednego, który nie głosował. Następnie przystąpiono do obrad nad regulaminem Kasy pensyjnej Lwowskiej Izby Lekarskiej. Projekt, przedłożony przez Zarząd Izby, przyjęto z następującemi zmianami i uzupełnieniami. Zreasumowano poprzednią uchwałę, na mocy której przymus należenia do Kasy pensyjnej obowiązuje od 1 stycznia 1925. Uchwalono natomiast, że ten przymus zaczyna się od 1 kwietnia 1925; a ci Koledzy, którzy uiścili opłaty za I kwartał 1925, otrzymają bonifikację po ustaleniu rachunkowem ich »habet«.

Do §. 5 rozwinęła się żywa dyskusja w sprawie 5-letniego czasu wyczekiwania. Uchwalono dodać następujący ustęp: »Obowiązek wyczekiwania odpada wtenczas, gdy niezdolność do pracy lub śmierć nastąpiła w wykonywaniu zawodu; wymiar renty względnie zaopatrzenia będzie w takim razie taki sam, jak po 5 latach wyczekiwania«. Nadto uchwalono: »Rada Izby poleca Zarządowi Izby, aby zastanowił się nad sprawą, poruszoną przez dr. Zadurowicza imieniem Samborskiego Koła lekarzy, i przygotował stosowny projekt«. Wniosek dr. Zadurowicza opiewa następująco: Rada Izby poleca Zarządowi Izby utworzenie tzw. Kasy pośmiertnej przymusowej na wzór Kasy pogrzebowej Krakowskiej. Każdy członek Izby Lek. Lwowskiej wpłaca tytułem wpisowego 25 zł. W razie śmierci jednego z członków Izby Lek. Lwowskiej wszyscy pozostali wpłacają przymusowo po 10 zł. Wobec liczby członków około 1200, uczyni to razem około 12.000 zł., z czego 1000 zł. pójdzie do funduszu rezerwowego i na koszta administracji, a resztę otrzyma wdowa względnie pozostała po zmarłym rodzina. Z funduszu rezerwowego będzie można wspomagać chorych Kolegów, względnie dawniejsze wdowy, udzielać zapomogi na wyjazd do kąpiel i t. p.

Następnie do § 10 przyjęto wniosek: »Rada Izby poleca Zarządowi Izby, aby postarał się o obliczenie, czy możliwe jest przesunięcie wieku z 70 na 65 lat (dla pobierających rentę starczą) i przyszedł z wnioskiem na Zebranie Rady«.

Dalszy ciąg posiedzenia zajęło odczytanie protokołu obrad Zebrania Rady Izby z 2 listopada 1924, który przyjęto. Sprawozdanie Zarządu za czas od 15 marca 1924 do 28 marca 1925, które rozdano członkom Rady w powieleniu maszynowem, przyjęto do wiadomości. Sprawozdanie Skarbnika Zarządu Izby wykazuje w roku adm. 1924/25 sumę przychodu i rozchodu 12.042 Zł. 59 gr., pozostałość kasową na rok 1925.6 — 734 zł. 51 gr. Na wniosek Komisji rewizyjnej udzielono Skarbnikowi i Zarządowi absolutorjum.

Rachunek kupna domu Izby, przedłożony przez Przewodniczącego Izby, przyjęto do wiadomości, wyrażając zarazem jednomyślnie podziękowanie Zarządowi Izby za zabiegi, podjęte w sprawie kupna domu, za ofiarność członków Zarządu, okazaną przez angażowanie swoich nazwisk na wekslach, i wreszcie za doprowadzenie kupna do skutku.

Opłatę izbową na r. 1925 uchwalono w wysokości 20 zł. od jednego członka, z czego 5 zł. na zapomogi dla wdów i sierót do dyspozycji Zarządu Izby.

Referent Kasy chorych Izby lekarskiej przedkłada rachunek za czas od 1 kwietnia do 31 grudnia 1924, który wykazuje stan czystego majątku 13.878 zł. 38 gr., i stawia wniosek o przelanie sumy powyższej do funduszu zapasowego, o wypłacenie buchalterowi Kasy tytułem bilansowego 140 zł., o zniżenie procentu zwłoki dla opaźniających się z opłatami na 2% miesięcznie, wreszcie o podwyższenie pogrzebowego o 100% z tem, że Komitet Kasy, po całorocznem doświadczeniu, może podwyższyć jeszcze świadczenia i pogrzebowe wedle możności.

Po sprawozdaniu Komisji rewizyjnej udzielono Komitetowi Kasy chorych absolutorjum, również przyjęto wszystkie powyższe wnioski. Nadto uchwalono, że termin przedawnienia, o którym mowa w § 14. Regulaminu Kasy ubezpieczeniowej, ma wynosić 30 dni, a może być wyjątkowo przez Komitet Kasy przedłużony do 3 miesięcy.

Sprawozdanie z działalności Sądu Lwowskiej I. L. w okresie od 5 kwietnia 1923 do 31 grudnia 1924 — ogłoszone w Nr. 12 Polskiej Gazety Lekarskiej z 22 marca 1925 — po odczytaniu przyjęto do wiadomości.

Wybory. Ustępujących z Zarządu Izby na zasadzie art. 22 ustawy o Izbach lekarskich drów Moszkowicza, Nowickiego, Piseka i Zgórskiego wybrano przez aklamację na dalszy rok. Na zastępców członków Zarządu Izby w miejsce ubyłych wybrano drów Karola Haisiga i Michała Salpetera.

Z ustępujących na zasadzie art. 30 ustawy o Izbach lekarskich sześciu członków Sądu Izby wybrano ponownie drów Mikołajskiego i Ziona, nadto drów Józefa Czaczkowskiego, Karola Haisiga, Henryka Malsburga i Hilarego Schramma; na zastępców członków Sądu Izby drów Stanisława Dwernickiego, Marjana Frankego, Jana Greka, Władysława Hojnackiego, Stanisława Stuchłego i Izydora Wildera.

Do Komitetu wykonawczego Kasy chorych przy Izbie L. wybrano drów Mieczysława Andruszewskiego, Władysława Ciepielowskiego i Eugenjusza Dolińskiego. Do Komitetu wykon. Kasy pensyjnej drów Józefa Czaczkowskiego, Jakóba Moszkowicza i Salomona Ruffa; na zastępców członków drów Stanisława Laskownickiego i Stanisława Lewickiego. Do Sądu polubownego dla Kasy pensyjnej drów Henryka Halbana, Romana Hinzego, Adolfa Kuhna, Emila Zadurowicza i Kaźmierza Zgórskiego.

W sprawie opłat izbowych Kolegów praktykujących przez sezon w Krynicy, a należących do Izby Lwowskiej, postanowiono, że lekarz ma płacić tylko jedną wkładkę izbową, a to tam, gdzie przynależy, i polecono Zarządowi, aby w sprawie opłat lekarzy praktykujących w uzdrowiskach ponownie odniósł się do N. I. L. o definitywne rozstrzygnięcie.

Z samoistnych wniosków Członków Rady wyłoniły się następujące uchwały:

a) Prezydjum Izby zajmie się sprawą reformy studjów lekarskich i odniesie się do Ministerstwa Wyznań i Oświecenia Publicznego z żądaniem, aby przedstawicielstwo zawodowe lekarzy (Izby lekarskie) było powołane do zabrania głosu w tej sprawie. Na najbliższem Zebraniu Rady Zarząd Izby przedłoży projekt opinji w sprawie reformy studjów lekarskich.

b) Rada Izby poleca Zarządowi, aby obmyślił rygory na tych Kolegów, dla których bywają drukowane podziękowania w gazetach.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dr. Antoni Krokiewicz, prymarjusz Szpitala św. Łazarza w Krakowie, obchodził 1. października b. r. 40-letni jubileusz doktoratu. Zasłużonemu Jubilatowi składali licznie zebrani koledzy życzenia, do których Redakcja »Polskiej Gazety Lekarskiej« dołącza serdeczne »*Ad multos annos!*«.

Lwów.

Dr. Włodzimierz Koskowski, docent Uniwersytetu J. K., został mianowany profesorem nadzwyczajnym farmakologji i doświadczalnej, Doc. Dr. Kazimierz Bocheński, profesorem ginekologji i położnictwa.

Towarzystwo higjeniczne powołało do życia sekcję higjeny ludowej. W związku z tą uchwałą ma ono zamiar wydawać Ludową bibljoteczkę higjeniczną, szerzyć higjenę wśród ludu zapomocą odczytów i artykułów, umieszczanych w prasie ludowej. W październiku ma się rozpocząć w mieście Lwowie cykl zimowy wykładów popularnych z zakresu higjeny, objaśnianych, jak zwykle, przeźroczami licznemi. W czasie najbliższym opuszcza prasę T. IX. i X. »Bibljoteczki higjenicznej«, mianowicie W. Koskowskiego »O nikotynie i paleniu tytoniu« i S. Ruffa »O zniekształceniach ciała«. W przygotowaniu jest szereg broszur z zakresu ważnych zagadnień higjeny. Pracownia sportowa przy Zakładzie patologji og. i dośw., subwencjonowana przez Tow. higjeniczne, którą prowadzi przewodniczący sekcji sportowej Towarzystwa, rozwija się pomyślnie i działa z korzyścią prawdziwą. Ze względu na coraz większy zakres działania Towarzystwa w wysokim stopniu jest pożądane, aby lekarze przez wpisywanie się i udział czynny poparli jego cele.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek, dnia 16. b. m. o godzinie 6 wieczorem (Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Pokazy chorych. 2) Wykład kol. Reisa: **„O rozpoznaniu różniczkowem jaglicy w przebiegu wieków“.**

K. Zgórski, przewodniczący. *K. Tyszka*, sekretarz doroczny.

Pierwszy Okręgowy Zjazd lekarzy szkolnych i wychowania fizycznego, urządzony staraniem Sekcji higjenicznych fiz. Tow. nauczycieli szkół wyższych we Lwowie odbędzie się w dniach 6—8 grudnia b. r.

Ze świata.

Międzynarodowy Zjazd lekarzy esperantystów odbył się z początkiem sierpnia w Genewie. Reprezentowane były: Anglja, Czechosłowacja, Francja, Holandja, Niemcy, Polska, Stany Zjednoczone i Szwajcarja. Prezydentem Związku lekarskiego esperanckiego został jednogłośnie wybrany Polak, Dr. Blassberg z Krakowa. Sprawozdania ujawniły znaczne szerzenie się Esperanta w sferach lekarskich Europy, a zwłaszcza silny ruch w Japonji, gdzie Akademja lekarska w Tokio przyjęła Esperanto jako oficjalny język naukowy lekarski i gdzie w tym języku wychodzą liczne prace oraz 6 pism lekarskich. Nadto założono liczne związki lekarskie esperanckie w różnych miastach Japonji. Na zjeździe uchwalono złączyć dwa obecnie istniejące pisma lekarskie europejskie w jedno, które pod redakcją prof. Vanvertsa i Dra Briquet będzie wychodziło obecnie w Lille p. t. »Internacia Medicino Revuo«.

Zestawienia statystyczne przypadków ospy w Anglji wykazują systematyczne jej rozszerzanie się. W roku 1917 było zachorowań na ospę 7, w roku 1918 — 63, w r. 1919 — 311, w r. 1920 — 280, w r. 1921 — 366, w r. 1922 — 973, w r. 1923 — 2054, w r. 1924 — 3395, w pierwszej połowie roku — 3008! Również w Szwajcarji liczba zachorowań na ospę wzrosła niepomiernie, albowiem w r. 1923 w kantonach niemieckich naliczono 3900 przypadków ospy, gdy natomiast w kantonach, zamieszkałych przez ludność francuską i włoską, nie stwierdzono ani jednego przypadku tej choroby. Tę niezwykle wielką liczbę przypadków ospy w krajach o tak wysokiej cywilizacji należy odnieść do uporczywej propagandy przeciwszczepieniowej, prowadzonej od lat kilku przez pewne zrzeszenia, między innemi przez sekty religijne. Dla wykazania zaślepionym zbrodniczości ich działania propagandowego 12 słuchaczów medycyny jednego z uniwersytetów angielskich ogłosiło wezwanie do propagatorów kierunku przeciwszczepieniowego o wzięcie udziału w eksperymencie następującym: Medycy ci (oczywiście szczepieni) a także takasama liczba przeciwników szczepienia (nieszczepionych) miała przebywać na sali chorych ospowych. Doświadczenie to jednak nie doszło do skutku, bo.... przeciwnicy nie zgłosili się.

Zwraca się uwagę na dodatek o nowych przetworach farmaceutycznych, Camphogen i Laudanon, dołączony do numeru niniejszego.